UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année Scolaire
1908-1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT en MÉDECINE

Présentée et soutenue, le 24 Février 1909, à une heure,

par M. Max POISSONNIER

DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
EX-INTERNE DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE
LAURÉAT DE LA MÊME FACULTÉ 1905-1906, 1906-1907
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMOCLINIQUE DE LILLE

NÉ LE 2 DÉCEMBRE 1881, A COMPIÈGNE (OISE)

DU TRAITEMENT

DES

Hernies Inguinales et Crurales

VOLUMINEUSES

Technique de la Cure radicale

PRÉSIDENT DE LA THÈSE : M. PAUL SEGOND, Professeur,

SUFFRAGANTS : MM. BLANCHARD, Professeur,
RECLUS, Professeur,
Marcel LABBÉ, Agrégé.

Le Candidat répondra, en outre, aux questions
qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'Enseignement médical

LILLE
IMPRIMERIE G. DUBAR ET Cie, 8, GRANDE-PLACE
— 1909 —

FACULTÉ DE MEDECINE et de PHARMACIE de PARIS

Doyen de la Faculté : M. LANDOUZY

Professeurs MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique Médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. AUVRAY	MM. COUVELAIRE	MM. LABBE M.
BALTHAZARD	CUNEO	LANGLOIS
BRANCA	DEMELIN	LAUNOIS
BEZANÇON F.	DESGREZ	LECENE
BRINDEAU	DUVAL P.	LEGRY
BROCA A.	GOSSET	LENORMANT
BRUMPT	GOUGET	LOEPER
CARNOT	JEANNIN	MACAIGNE
CASTAIGNE	JEANSELME	MAILLARD
CLAUDE	JOUSSET A.	MARION
MORESTIN	OMBREDANNE	RICHAUD
MULON	POTOCKI	RIEFFEL
NICLOUX	PROUST	SICARD
NOBECOURT	RENON	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ PÈRE

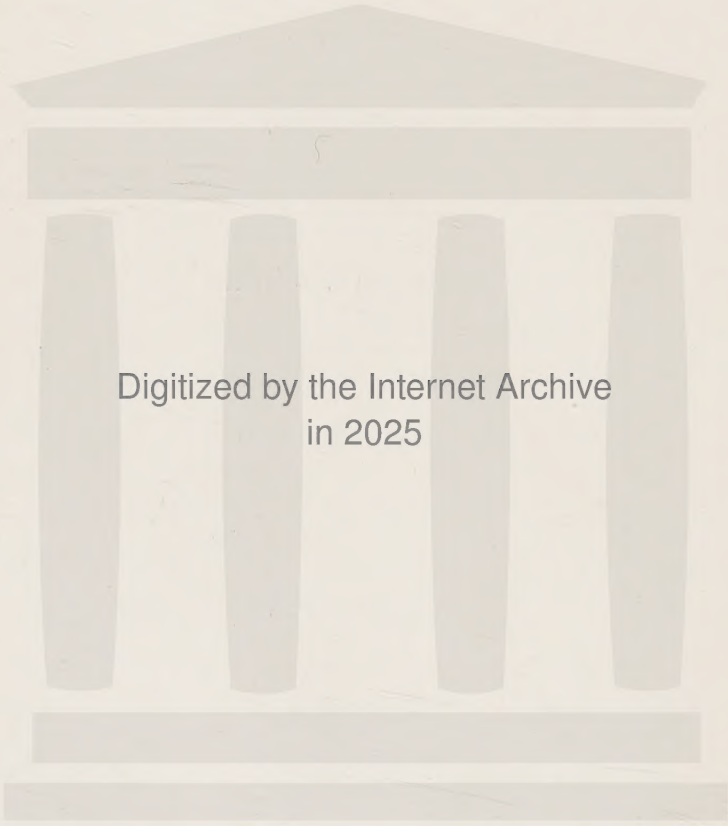
A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MES BEAUX-FRÈRES


Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dutraitementdesh0000vari

A MON COUSIN LE DOCTEUR VOITURIEZ

Professeur a la Faculté libre de Lille

A M. LE DOCTEUR H. DURET

Ex-Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Professeur de Clinique chirurgicale a la Faculté libre de Lille

Associé de l'Académie de Médecine

A M. LE DOCTEUR THILLIEZ

Professeur de Clinique ophtalmologique a la Faculté libre de Lille

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur Segond

Professeur de Clinique chirurgicale a la Faculté de Paris

Médecin-chef de la Compagnie d'Orléans

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons eu la bonne fortune de voir opérer cinq hernies volumineuses, dont trois inguinales et deux crurales. S'il est vrai que la question de la cure radicale des hernies a occupé beaucoup les chirurgiens, tant aux différents congrès de chirurgie qu'à la Société de Chirurgie, il est juste de reconnaître que la cure radicale des hernies volumineuses a été laissée dans l'ombre. On s'est habitué, avec raison, d'ailleurs, à regarder les hernies inguinales et crurales volumineuses comme une rareté : la difficulté de réduire et de maintenir la réduction a peut-être effrayé les chirurgiens. Aussi, avons-nous cru utile de faire de cette étude le sujet de notre thèse. Après avoir donné, dans un premier chapitre, quelques notions sommaires sur la définition, la fréquence, l'étiologie et l'anatomie pathologique des hernies inguinales et crurales volumineuses, nous consacrons un

second chapitre aux indications de la cure radicale de ces hernies. Puis, dans un troisième chapitre, nous faisons une revue des procédés employés comme traitement et nous donnons avec détails la technique opératoire du professeur DURET, *qui peut se résumer en cette simple phrase :* **hernio-laparotomie et suture solide de la paroi abdominale.** *Enfin, en terminant, nous donnons les quelques contre-indications de la cure radicale et le pronostic des hernies volumineuses.*

Mais, avant d'entreprendre cette modeste étude, nous éprouvons une grande émotion : notre pauvre père, qui nous a entouré de tant de sollicitude, nous a été brusquement enlevé, il y a quelques mois, avant que nous ayons pu lui offrir ce travail comme gage de notre reconnaissance et de notre affection ; que notre mère reçoive, aujourd'hui, pour elle et pour lui, l'assurance de notre profonde tendresse et qu'elle sache bien que nous la remercions sincèrement de tout ce qu'elle a fait pour notre instruction et des encouragements qu'elle n'a cessé de nous prodiguer.

Pendant notre séjour à Lille, nous avons rencontré à l'Université catholique d'excellents maîtres et de nombreux amis ; parmi les premiers, nous nous plaisons à citer notre cousin, M. LE PROFESSEUR VOITURIEZ, *dont l'amabilité à notre égard nous fit oublier l'éloignement de notre famille et dont les conseils nous furent d'un si grand secours ; M.* LE PROFESSEUR DURET, *qui nous donna l'idée de cette thèse et qui*

se montra toujours envers nous un maître apprécié et dévoué ; M. le Professeur Thilliez, à qui nous devons ce que nous savons en ophtalmologie et qui fut pour nous un véritable ami.

Enfin, nous nous plaisons à dire un adieu ému aux camarades de **l'internat**, *dont la gaîté et l'entrain nous plaisaient tant et dont l'amitié nous est si chère.*

Que M. le Professeur Segond reçoive l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

A. - DÉFINITIONS

J.-L. Petit dit que les **hernies volumineuses** sont des hernies « qui ont perdu droit de domicile », car elles atteignent au moins le volume d'une tête d'adulte et contiennent une grande partie de la masse intestinale, de sorte que la cavité péritonéale, presque complètement vidée de son contenu, se rétrécit et devient incapable de le recevoir de nouveau. L'intestin se laisse réduire, mais ressort aussitôt à travers l'anneau très large ou bien, à mesure qu'une certaine étendue d'intestin rentre, une partie correspondante ressort. En un mot, les hernies volumineuses sont **irréductibles ou incoercibles,** c'est-à-dire que, sans causer toujours des accidents sérieux, elles sont, cependant, rebelles aux tentatives de réduction, et cela, d'une manière **permanente et définitive.**

Le terme de « **cure radicale** », consacré par l'usage, « tend à faire penser, dit Duplay, que l'opération est

toujours suivie d'une guérison complète ; c'est là une erreur, car il arrive quelquefois qu'elle permet seulement au malade de porter un bandage, lorsque depuis longtemps sa tumeur était irréductible et entraînait des inconvénients et des dangers multiples ».

C'est avec cette réserve. exprimée par DUPLAY, que nous donnons le nom de « cure radicale » au traitement que nous préconisons pour les hernies volumineuses.

B. - FRÉQUENCE - ÉTIOLOGIE

Les hernies sont une des infirmités les plus communes. Mais, quelle est :

1° La **fréquence** générale des **hernies volumineuses** ?

BERGER, qui observa 10.000 hernieux, en réunit 122 cas, se répartissant ainsi :

HOMMES		FEMMES	
Hernies inguinales. . .	50	Hernies inguinales. . .	8
		» crurales	7
Hernies crurales. . . .	2	» ombilicales . .	53
		» traumatiques .	2
	52		70

2° **La proportion** des hernies inguinales et crurales ayant subi la « cure radicale » ?

Nous avons entrepris des recherches à cet effet, et si

nous avons lu un assez grand nombre d'observations de hernies volumineuses, nous n'avons pu recueillir dans la littérature médicale française que 35 cas ayant subi « la cure radicale », dont cinq nous sont personnels. Il s'agit de 33 hernies inguinales et de deux hernies crurales opérées par notre maître, M. le Professeur Duret. Parmi les 35 hernieux, nous avons rencontré 3 femmes, ce que nous pouvons résumer dans le tableau suivant :

Hommes		Femmes	
Hernies inguinales. . .	31	Hernies inguinales. . .	2
» crurale	1	» crurale	1
	32		3

Dans l'étiologie des hernies volumineuses et irréductibles, il faut considérer des causes prédisposantes et des causes déterminantes. Parmi les premières, nous citerons :

1° **L'hérédité ;**

2° **Le sexe,** les hommes étant plus atteints que les femmes ;

3° **L'âge,** les hernies volumineuses ne se rencontrent guère qu'à l'âge adulte ;

4° **La profession,** les professions pénibles et demandant des efforts exposent les hernies à devenir énormes ;

5° **Les états pathologiques,** tels que les affections de l'appareil urinaire et de l'appareil respiratoire.

Parmi les causes déterminantes, nous signalerons :

1° **Les efforts violents ;**

2° **Les mauvais bandages ou le manque de bandage,** une hernie petite ou de moyenne dimension, qui n'est pas maintenue par un bandage ou qui l'est par un bandage défectueux, sort de la cavité abdominale au moindre effort, distend les parois du canal inguinal et s'habitue ainsi, peu à peu, à ne plus rentrer dans l'abdomen ;

3° **Les mauvaises réductions ;**

4° **Le traumatisme,** un choc, un coup violent dans la région inguinale font apparaître une hernie ou amènent l'augmentation d'une hernie préexistante.

C. - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° Sac herniaire. — Il a un volume extraordinaire ; toujours, les hernies volumineuses sont des hernies inguino-scrotales. Parfois, le sac est aminci et l'intestin est à l'étroit dans la cavité herniaire. Parfois, au contraire, il s'hypertrophie, s'épaissit et sa surface se tapisse de fausses membranes. Presque toujours, les organes herniés ont un sac qui les enveloppe complètement et dans lequel ils restent libres. Quand le cœcum et l'S iliaque sont herniés, ils entraînent avec eux une longueur plus ou moins grande des côlons. Une partie de la face postérieure de l'intestin se trouve sans sac, fixée au tissu cellulaire, qui double les enveloppes du testicule ; sur les côtés, il adhère au sac. Cette adhérence n'est autre que le méso du gros intestin, qui s'est étalé.

Scarpa dit que c'est là « une adhérence charnue naturelle ».

Il faut savoir que l'intestin peut subir un mouvement de torsion sur son axe ; la partie dépourvue d'intestin se trouve alors être antérieure.

2° **Contenu du sac.** — Les hernies volumineuses contiennent toujours une grande partie du tube digestif, intestin et épiploon. Dans les cas les plus simples, l'iléon, le jéjunum, les colons sont sortis, laissant dans l'abdomen le duodénum, le cœcum et l'appendice. Le plus souvent, cependant, le cœcum et l'appendice accompagnent les organes herniés. Plus rarement, le duodénum et la vessie accompagnent l'intestin. On a vu chez la femme l'utérus et les annexes se hernier avec l'intestin.

3° **Canal inguinal.** — Les orifices inguinaux sont distendus en sens opposé. L'orifice superficiel s'agrandit par l'extrémité supérieure ; il atteint ainsi, parfois, cinq et même huit centimètres. L'orifice profond, au contraire, se distend en dedans et en bas, de sorte que ces orifices, augmentant leurs dimensions dans des sens diamétralement opposés, se trouvent vis-à-vis l'un de l'autre. Il est impossible de distinguer les hernies obliques externes et les hernies directes : on n'a plus que des hernies directes. De plus, les orifices se sont rapprochés et on n'a plus un canal inguinal, mais un **anneau inguinal** unique avec une épaisseur d'un à deux centimètres. L'orifice et le canal crural n'offrent rien de particulier dans les hernies crurales volumineuses.

4° **Rétrécissement de la cavité abdominale.** — Le sac herniaire se forme par distension et par glissement du péritoine, ce qui amène une diminution de la cavité pé-

ritonéale. De plus, les organes abdominaux étant en grande partie sortis par le canal inguinal ou le canal crural, les muscles de la paroi s'affaissent sur eux-mêmes et les dimensions de la cavité péritonéale sont ainsi rétrécies. Ce rétrécissement porte surtout sur le diamètre antéro-postérieur, d'où dépression de l'abdomen, accusée surtout dans la région ombilicale et tendance qu'ont les grosses hernies à devenir de plus en plus volumineuses.

CHAPITRE II

Indications de la cure radicale des hernies inguinales et crurales volumineuses.

Les hernies volumineuses ne donnent pas naissance à des troubles fonctionnels extrêmement fâcheux ; cependant, elles peuvent être la cause de **complications** nombreuses, qui, sans mettre en danger la vie des malades, sont autant **d'indications** de la « cure radicale».

Trélat dit à ce sujet, le 23 novembre 1888, à la Société de Chirurgie : « Toute hernie qui n'est pas **complètement, constamment et facilement** contenue par un bandage est justiciable de l'opération désignée sous le nom de « cure radicale ».

Socin, de Bâle, émet la même opinion : « La cure radicale, dit-il, est indiquée chaque fois que : chez les jeunes sujets des deux sexes au-dessous de 20 ans, le traitement classique par le bandage ne réussit pas à maintenir réduite la hernie d'une manière **complète** et abso-

lument **permanente ;** chez les adultes, lorsque le bandage ne contient pas la hernie **complètement, facilement** et **sans douleur.** »

Sans être aussi absolu, Segond considère que, « dans les hernies irréductibles et non étranglées l'intervention chirurgicale est indiquée quand les inconvénients du mal sont strictement proportionnels aux dangers de l'intervention et lorsque la réduction n'a pu être obtenue différemment ».

Berger hésite plus facilement avant d'opérer une hernie volumineuse : « Le volume excessif d'une hernie, dit-il, la dilatation des orifices herniaires, l'irréductibilité totale de son contenu, lorsqu'il est constitué par une grande quantité d'intestin adhérent et surtout lorsqu'on peut supposer que le colon est compris dans la hernie, sont des conditions très fâcheuses qui peuvent équivaloir, dans certains cas, à une contre-indication véritable ».

Nous croyons qu'en présence d'une hernie inguinale ou crurale volumineuse chez un sujet bien portant, n'ayant aucune tare contre-indiquant une intervention sanglante, un chirurgien a le devoir de tenter la « cure radicale », afin d'éviter les complications ordinaires des hernies volumineuses.

Quelles sont donc ces complications ?

1° **Le volume** excessif des grosses hernies est une cause de gêne dans la marche et dans la station debout.

2° **La peau** présente souvent de l'érythème, des excoriations assez étendues (Polaillon. Obs. 20). Jaboulay a vu une grosse hernie causer une vaste ulcération du scrotum, qui fit craindre un instant que le sac ne s'ouvrît. L'urine, au moment de la miction, s'écoule en ba-

vant sur cette énorme tumeur, qui est constamment en contact avec les vêtements. Les excoriations peuvent être le point de départ de poussées de lymphangite et produire même un véritable phlegmon du scrotum.

Souvent, la peau prend un aspect spécial : elle s'épaissit, devient irrégulière, verruqueuse, **éléphantiasique ;** on a de l'œdème chronique, dû à l'hypertrophie énorme des éléments de la peau et à leur mauvaise nutrition.

3° Dans les hernies volumineuses, on voit souvent le **testicule** s'atrophier (Polaillon, Obs. 20 ; Juilliard, Obs. 21) ; les relations conjugales deviennent impossibles.

4° **L'hydrocèle** complique parfois les grosses hernies ; l'épanchement est, en général, très abondant et ne présente, à part cela, rien de particulier.

5° **La péritonite herniaire** est très fréquente ; le plus souvent, subaiguë ou chronique ; elle peut évoluer avec un retentissement nul, ou presque nul, sur l'état général et ne se révéler, parfois, que par des douleurs locales, des coliques et des alternatives de constipation et de diarrhée. Elle aboutit à la formation d'adhérences entre le sac, l'intestin et plus particulièrement l'appendice. Ces adhérences peuvent devenir d'une dissection très pénible au cours de la « cure radicale ».

Dans des cas plus rares, la péritonite est aiguë et la mort en devient la terminaison fatale.

L'épiploon s'enflamme à son tour et on le trouve atteint d'épiploïte chronique.

6° **Engouement.** — « On désigne sous le nom d'engouement, dit Broca, cet état particulier des hernies dans lequel les matières que renferme le tube digestif

s'accumulent dans l'anse intestinale herniée, de manière à y intercepter le passage et à y déterminer des accidents ». On l'a rencontré presque exclusivement dans les hernies du gros intestin, cœcum ou S iliaque. (BERGER).

7° **Etranglement.** — Il est beaucoup moins fréquent dans les hernies volumineuses que dans les hernies de petites dimensions ; c'est là un fait d'observation courante.Dans les grosses hernies, sous l'influence probable de la pénétration d'un plus grand nombre d'anses dans le sac ou l'accumulation de matières dans l'intestin, une légère striction se produit au niveau du collet. Les anses intestinales deviennent turgescentes et des accidents d'étranglement atténués se manifestent. On a ce que MALGAIGNE et BROCA appellent des **étranglements inflammatoires.** Sous l'influence d'une débâcle partielle, de l'issue de quelques gaz, du déplacement de certaines anses, la constriction s'atténue et le cours des matières se rétablit. Mais, à la suite de ces accidents, il reste un peu d'œdème chronique des tuniques intestinales du mésentère et de l'épiploon ; des adhérences se forment et rendent plus facile une nouvelle crise d'étranglement, jusqu'au jour où surviendra un étranglement définitif.

L'étranglement herniaire a pu déterminer, dans quelques cas, une **hémiplégie** complète des membres et de la face, comme le montrent les deux curieuses observations communiquées par NICAISE à la Société de Chirurgie (1). Dans l'une, l'hémiplégie survient quelques heures après l'étranglement sans ictus chez une femme

(1) NICAISE.— *De l'hémiplégie dans la hernie étranglée :* Société de Chirurgie, 1876, p. 717.

de 57 ans ; la kélotanie fut faite avec succès, mais l'hémiplégie persista. Dans l'autre, c'est treize jours après l'opération que se produisit l'hémiplégie : le malade mourut au bout de trois jours. Dans les deux cas, il s'agissait d'une hernie crurale droite, et dans les deux cas, l'hémiplégie siégeait à gauche.

8° **Occlusion intestinale**. — C'est le gros intestin qui est mis en jeu ; on a un véritable étranglement interne indépendant de l'anneau herniaire et du collet du sac. Cet accident est dû à :

A) Une coudure du gros intestin hernié sur sa portion abdominale.

B) Des brides saillantes dans le sac herniaire.

C) Des adhérences des anses intestinales entre elles.

D) Des adhérences de l'intestin à l'épiploon et aux parois du sac.

E) Un volvulus. VIANNAY, au cours d'une opération pour une hernie inguinale volumineuse s'accompagnant de tous les signes d'étranglement, a pu constater un volvulus herniaire ; les anses voisines du collet étaient absolument saines et aucune adhérence n'existait dans le sac.

Cette simple énumération des accidents, qui peuvent survenir chez les sujets porteurs de hernies volumineuses, nous montre que les « inconvénients du mal ne sont pas strictement proportionnels aux dangers de l'intervention » et que celle-ci, tentée chez un sujet bien portant, sans tare, est préférable à l'expectation, qui est toujours une menace de complications.

CHAPITRE III

Traitement. — Technique opératoire de la « cure radicale ».

Dans le chapitre précédent, nous avons montré que les hernies volumineuses peuvent être la cause de graves complications et que beaucoup sont, pour les malades, la source de cruelles infirmités. Dès lors, il importe de rechercher quels moyens nous avons à notre disposition pour mettre les hernieux à l'abri d'accidents, qui, sans être des plus fréquents, sont pour eux, cependant, une menace constante.

Nous distinguerons deux traitements des hernies inguinales et crurales volumineuses : le traitement préventif et le traitement curatif.

I. - TRAITEMENT PRÉVENTIF

Nous avons dit plus haut, en étudiant les causes des hernies volumineuses, que beaucoup d'entre elles étaient dues au manque de bandage ou au port d'un bandage défectueux. Dès lors, il est de toute importance que le malade porte un bandage approprié et bien fait dès que se forme la moindre pointe de hernie. Nous devons avouer, cependant, que certaines hernies tendent toujours à s'accroître, malgré le port d'un bon bandage. La pelote, même de grandes dimensions, laisse passer quelques anses intestinales et la hernie, mal contenue, s'accroît progressivement. D'ailleurs, le bandage est d'une application difficile ; il est souvent un véritable supplice pour les hernieux et la rétraction des orifices herniaires, leur induration sont une source d'accidents et une menace constante d'étranglement. Aussi, Lucas Championnière trouve-t-il son application moins facile et plus dangereuse que l'opération.

II. - TRAITEMENT CURATIF

Deux méthodes différentes se présentent à nous : la méthode sanglante et la méthode non sanglante.

A. MÉTHODE NON SANGLANTE.

1° Réduction de la hernie par le repos et la compression. — Segond, dans sa thèse d'agrégation, dit : « Le repos, les purgatifs, la demi-diète, les tentatives rares de réduction sont les éléments essentiels du succès ». Arnaud, le premier, traita les hernies irréductibles par le repos, les bains et les purgatifs ; il parvint ainsi à réduire une hernie scrotale volumineuse, depuis longtemps irréductible. Après un mois de ce traitement, le port d'un bandage à pelote concave fut possible; au bout du second mois, la hernie avait disparu et le bandage à pelote convexe remplaçait le bandage à pelote concave. Gosselin traita de la même façon un lieutenant d'infanterie qui portait une hernie inguinale irréductible depuis dix ans. Cet officier garda le lit, prit deux purgatifs et un bain par semaine, se soumit à une nourriture légère et conserva un cataplasme sur la tumeur. Au bout de six semaines, la hernie se réduisit spontanément.

M. Segond rapporte que 17 malades atteints de hernies irréductibles (un de Gosselin, un de Berger, deux de M. Reclus et treize de Trélat) ont tous été guéris de cette façon.

Berger maintint le malade au lit, le soumit à un ré-

gime léger et fit de la compression ouatée avec une bande de caoutchouc ; un mois plus tard, la hernie cédait à un taxis modéré. M. Reclus guérit par le repos, les purgatifs et la compression élastique, deux énormes épiplocèles inguinales, irréductibles depuis neuf et quinze mois.

Trélat recommandait également à ses malades le repos et la compression.

M. Meyville, dans sa thèse, cite l'observation de sept malades porteurs de hernies volumineuses et irréductibles, guéries par le repos et une pression continue au moyen d'un sac de plomb préconisé par Broca. Celui-ci, fort de sa méthode, disait qu'il n'y avait point de hernie irréductible.

Meyville relate également deux autres cas appartenant l'un à Tillaux, l'autre à Le Fort. Le malade de Tillaux tailla lui-même une pelote en bois avec son couteau. Cette pelote comprima d'abord la hernie, sans la maintenir complètement ; mais, en modifiant lui-même peu à peu sa pelote, le malade put maintenir sa hernie. Le malade de Le Fort n'ayant pas trouvé de bandage lui convenant, en construisit un lui-même avec succès.

Lannelongue emploie également la compression continue au moyen d'un sac de plomb ; il comprime ainsi la paroi abdominale immédiatement au-dessus du pédicule herniaire, afin d'obtenir une fatigue des muscles et un taxis plus facile. Il communiqua à la Société de Chirurgie deux observations où il obtint la réduction par ce moyen.

Comme on le voit, il est certain que l'on réduit des hernies irréductibles par une compression lente et mé-

thodique de la hernie, en associant à ce traitement local une diète modérée et quelques purgatifs. Mais, ces hernies ne sont pas guéries ; le malade doit porter un bandage de force, à grosse pelote convexe, exerçant sur l'anneau inguinal une forte pression ; la contention est douloureuse et insuffisante ; de plus, toutes les hernies irréductibles ne peuvent pas être ainsi réduites. Les masses lipomateuses, indurées, lobulées, constituées soit par l'épiploon, soit par les franges épiploïques sclérosées, ne pourront point franchir le collet. Enfin, les malades se soumettront difficilement à un traitement long, incertain et souvent inefficace.

2° **Réduction par les injections sous-cutanées d'alcool.** — Schwalbe, de Magdebourg, a traité des hernies volumineuses par des injections sous-cutanées d'alcool ; d'après lui, cette méthode donne des résultats au moins aussi satisfaisants que les procédés sanglants. « Elle est, dit-il, préférable aux autres méthodes par son absolue innocuité. »

Ranke a traité plus de 100 hernies par les injections d'alcool et trouve que cette méthode est à recommander pour seconder la guérison spontanée des hernies des enfants. Le côté désavantageux de ce traitement, pour Ranke, c'est la douleur et les infiltrations tenaces comme avec les injections de sublimé. Dans le plus ancien de ses cas, il prétend que cette méthode reste sans succès dans les cas d'anneau large et de parois abdominales lâches.

Brodnitz, de Francfort-sur-le-Mein, a traité 19 grosses hernies, dont le contenu descendait jusque dans le scrotum, par des injections d'alcool ; il n'a eu que quatre récidives. Tous les deux ou trois jours, il injecte un

gramme chez l'enfant, trois à cinq grammes chez l'adulte, à chaque séance, au pourtour du canal inguinal. Il a soin d'introduire l'index dans celui-ci, pour protéger le cordon ; au bout de quatre à six injections chez l'enfant, de huit à dix chez l'adulte, le tissu qui entoure le trajet herniaire s'est tuméfié et épaissi ; il devient alors impossible d'introduire le doigt dans le canal inguinal.

On ne sent plus d'impulsion pendant les accès de toux. On fait alors, une fois par semaine, une injection durant trois mois, et bientôt, à la tuméfaction primitive, succèdent une cicatrisation, une induration, qu'on reconnaît par la difficulté qu'on éprouve à faire pénétrer l'aiguille.

« Les injections d'alcool, dit Brodnitz, peuvent donc rendre des services dans la cure des grosses hernies lorsque, pour une raison quelconque, la cure opératoire est contre-indiquée. »

Grussenberg a traité six cas par cette méthode et la regarde comme inoffensive. En cinq à six semaines, au plus tard en trois mois, on peut constater un resserrement de l'anneau, si bien que l'intestin ne sort plus.

Ces résultats convient à de nouveaux essais. Peut-être, pourrait-on, de la sorte, obtenir sans danger un resserrement de l'anneau sans faire coucher les malades.

3° Réduction par la méthode sclérogène. — La méthode scléroge a été employée dans les hernies volumineuses dans le but de les rendre contenables. On injecte du chlorure de zinc dans les parties molles avoisinant la hernie ; son action irritante oblitère le sac. L'injection de l'extrait fluide de l'hydastis canadensis donnerait des résultats aussi satisfaisants. C'est là, croyons-

nous, un traitement qui ne doit pas tenter beaucoup les chirurgiens, en raison de ses résultats inconstants.

B. MÉTHODE SANGLANTE

Les procédés inventés pour le traitement chirurgical des hernies inguinales et crurales volumineuses sont nombreux ; afin d'en faciliter l'étude, nous étudierons séparément ceux qui ont en vue les hernies inguinales et ceux qui se rapportent aux hernies crurales et nous donnerons avec détails la technique préconisée par notre maître M. le Professeur Duret.

HERNIES INGUINALES

1° Procédé de Bennett.

Quand le sac contient isolément soit de l'épiploon, soit de l'intestin, Bennett l'ouvre, réduit le contenu, le sectionne en travers au niveau de l'anneau inguinal superficiel et le sépare des éléments du cordon jusque vers l'anneau profond. Un doigt est introduit vers le collet et refoule l'intestin. Une aiguille sans fil est passée à travers l'aponévrose du grand oblique, au-dessus du sommet de l'anneau superficiel, en dehors de son grand axe, traverse les aponévroses et le péritoine jusqu'au doigt profondément placé ; guidée par lui, elle ressort par l'intérieur du sac et perce sa paroi à deux ou trois centimètres de la section. Un fil est introduit dans la lumière de cette aiguille, qui ramène un des bouts en haut, au-dessus de l'aponévrose du grand oblique. Même manœuvre de l'aiguille plus en dedans, pour aller chercher l'autre bout du fil, qui pend, vers le collet du sac et le ramener à son tour. Ce collet est ligaturé. Alors, on

fait l'invagination du sac dans le ventre en le refoulant avec le doigt et en tirant sur les fils, qui sont ensuite noués. Puis, il utilise une partie de l'épiploon pour renforcer la barrière que crée le sac invaginé, à cause des larges orifices des hernies volumineuses.

Il choisit un morceau d'épiploon convenable et introduit une aiguille non armée de dehors en dedans à travers les aponévroses abdominales, comme précédemment. Elle va chercher dans l'intérieur du sac ces fils de catgut, qui viennent d'être passés à travers l'épiploon, un de chaque côté, sans faire d'hémorragie. Un bout du fil de la suture externe est passé dans l'aiguille, qui le ramène et redescend chercher l'autre bout. Mêmes manœuvres pour la suture interne. L'épiploon est ainsi attiré dans l'abdomen et fixé par les deux sutures au-dessus de l'anneau profond.

2° Procédé de Girard (de Berne).

Dans les grosses hernies inguinales, Girard opère comme suit :

1° Incision de l'aponévrose du grand oblique à partir du sommet de l'anneau externe, de manière à ouvrir tout le canal, s'il existe encore, et à environ quatre centimètres de l'arcade de Fallope ;

2° Extirpation et fermeture du sac après traitement de son contenu, suivant les indications ; réduction du moignon du sac ;

3° Suture des bords du petit oblique et du transverse, comme d'après Bassini, à la face supérieure de l'arcade de Fallope ;

4° Imbrication des deux lambeaux de l'aponévrose du grand oblique sur environ quatre centimètres de lar-

geur, suivant les cas, en superposant le supérieur à l'inférieur ou vice-versa.

Le bord supérieur est suturé sur l'arcade de Fallope, l'inférieur à la base du lambeau supérieur.

3° Procédé de Corbellini.

Dans les hernies inguinales de grand volume qui ont distendu le canal et dilaté ses deux orifices, Corbellini procède, en général, de la façon suivante : Après avoir réséqué le sac sans couper l'aponévrose du grand oblique, il place quelques points de suture, qui accrochent les bords inférieurs du petit oblique et du transverse, en faisant pénétrer son aiguille à travers l'aponévrose du grand oblique, à 15 ou 20 millim. au-dessus de l'arcade de Poupart et en la faisant sortir au-dessous de cette arcade, après l'avoir fait passer devant le cordon. En nouant les deux bouts du fil, il résulte qu'on a fait un pli à l'aponévrose de l'oblique et qu'on a rapproché les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse de l'arcade de Poupart. On placera autant de points qu'il sera nécessaire pour ne laisser que la place suffisante pour le passage du cordon. Dans les hernies volumineuses, quand les parois de l'abdomen sont flasques, chez des sujets de plus de 60 ans, Corbellini pratique la castration, surtout quand il s'agit de prostatiques enfermant totalement la paroi abdominale.

4° Procédé de Bottini.

Bottini rend à l'orifice interne, par lequel les viscères se sont échappés, ses dimensions naturelles et le restitue ainsi ad integrum dans la mesure du possible. Il y arrive au moyen d'un ou plusieurs points de suture avec

un fort catgut. Il ne s'occupe, en aucune façon du sac, qui est destiné, dit-il, à s'atrophier.

5° Procédé de Thirion (de Bruxelles).

Thirion supplée au défaut de résistance de la paroi abdominale en interposant dans l'intérieur du trajet herniaire un gros bouchon d'os décalcifié. Après avoir lié le sac le plus haut possible, l'avoir réséqué et abandonné son moignon dans le ventre, il interpose dans le trajet une solide plaque d'os décalcifié de 3 à 5 centimètres de large et de 8 à 12 millimètres d'épaisseur. Elle est maintenue en place simplement par la suture qui réunit les piliers et l'orifice. Il faut avoir soin de choisir le transplant osseux de dimensions plus larges que celles de l'orifice herniaire. Thirion a eu recours à cette méthode dans 21 cas et a toujours obtenu une cicatrice solide et résistante. Le rôle de la greffe osseuse est de repousser le péritoine et de remplir à son égard un rôle de soutien. Elle ne persiste pas à l'état osseux. Elle se résorbe peu à peu et est remplacée par un tissu fibreux résistant et fusionné avec les parties voisines.

6° Procédé de Mac Ewen.

Mac Ewen emploie la totalité du sac ou une grande partie du sac, lorsque celui-ci est trop considérable, pour former une sorte de tampon, qui viendra boucher l'orifice interne des hernies inguinales volumineuses. Le sac est isolé de toutes parts et très haut jusqu'au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, où le doigt décolle un peu le péritoine pariétal en se rendant compte des rapports avec le cordon et l'artère épigastrique. Si le

contenu se laisse facilement réduire, pas n'est besoin de l'ouvrir ; on ne le fera que s'il y avait des adhérences qui empêchent la réduction. Si le sac est très grand, il y a avantage à en réséquer une certaine quantité pour ne conserver que ce qu'il faut pour constituer le coussin obturateur.

Après avoir, avec un long fil de soie, fait un point au fond du sac, on le faufile dans toute sa longueur jusqu'au niveau de l'orifice interne, où il a été bien isolé du canal inguinal ; puis, remplaçant l'aiguille ordinaire par une aiguille de Mac Ewen, on monte le bout du fil sur cette aiguille et on traverse la paroi abdominale de dedans en dehors, en ne prenant pas la peau : en tirant à soi, on fait remonter le fond du sac vers l'anneau interne, contre lequel il vient se froncer, comme les pièces qui constituent une lanterne vénitienne. Le fil est ensuite repassé plusieurs fois dans la paroi et noué. Le premier temps est terminé. Le second temps consiste à réunir par une suture de matelassier en capitonnage les deux parois du canal inguinal, de façon à les accoler l'une à l'autre. Il faudra veiller à ne pas prendre dans la suture le canal déférent ni la gaine du muscle droit de l'abdomen, qui agirait en sens inverse de la fermeture de l'orifice herniaire. L'artère épigastrique ne doit pas inquiéter l'opérateur. Par-dessus le tout, on place une suture cutanée. Mac Ewen laisse ses opérés couchés pendant six semaines et ne leur permet de travailler qu'au bout de huit. Il ne leur fait, en général, pas porter de bandage.

7° Procédé de Trendelenburg.

Pour renforcer la paroi abdominale, Trendelenburg place dans le trajet inguinal une plaque osseuse large

de trois centimètres, épaisse de trois millimètres, et il la fixe à l'orifice interne du canal inguinal à l'aide d'une suture de catgut, en faisant attention de ne pas comprimer le cordon spermatique.

8° Procédé de Schwartz.

Après avoir lié et réséqué le sac au niveau de la partie la plus élevée du trajet fendu en long, Schwartz ouvre longitudinalement la gaine du droit antérieur et emprunte à ce muscle un lambeau comprenant le tiers de la moitié de son épaisseur et offrant une largeur de quatre à cinq centimètres. Le lambeau est disséqué de haut en bas et laissé adhérent par un pédicule inférieur. Schwartz l'insinue alors derrière la partie interne de l'anneau inguinal et double ainsi le trajet par une couche musculaire épaisse qu'il suture en bas, à l'arcade crurale. Les deux piliers sont réunis ensuite ; la gaine du droit est reconstitué et la peau suturée au crin de Florence.

9° Procédé de Poulet (Lyon).

Poulet fait la cure radicale des hernies, même chez les vieillards, par la méthode à lambeau fibro-périostique dans le cas de hernie inguinale volumineuse.

Premier temps : Incision presque verticale des téguments de 6 centimètres chez les sujets maigres, un peu plus longue chez les autres. L'épine du pubis sert de point de repère ; elle occupe la partie moyenne de cette incision. On ouvre le sac, on le sectionne entre deux ligatures de soie ou de catgut et on en fait la résection totale.

Deuxième temps : Dissection et toilette des deux piliers et du bord de l'orifice externe du canal inguinal.

On met complètement à nu la bandelette aponévrotique nacrée, qui sert de tendon d'insertion au premier adducteur superficiel. Le bistouri est glissé à plat sous cette bande fibreuse, que l'on sectionne à 3 ou 4 centimètres de son insertion au pubis. Ce tendon devient l'extrémité libre du lambeau ; on finit de le séparer avec la rugine tranchante, en laissant à sa face profonde toute la masse de tissus fibreux qui recouvre le pubis. Cet os est dénudé dans une étendue verticale de deux centimètres et transversalement, depuis la ligne de la symphise pubienne jusque et y compris l'épine du pubis, qui est ainsi déshabillée. On ménage avec soin la large insertion de ce lambeau au bord du pubis et on relève ce lambeau contre l'orifice externe du canal inguinal, en le faisant passer sous le cordon. Les bords de ce lambeau sont suturés aux piliers par du catgut. Son extrémité libre est divisée en deux ou trois chefs, qu'on passe de dedans en dehors à travers le bord de l'orifice, comme on le ferait pour de petites courroies qu'on rabattrait en avant. Quelques points de catgut fixent le tout en place. Suture des téguments. Cette région est vasculaire. On rencontre même, en travers de la bandelette tendineuse qu'on va sectionner, au-devant d'elle et presque au niveau de la section, des vaisseaux assez volumineux, anastomoses de l'artère honteuse externe et de l'obturatrice ; on le récline pour les ménager ou bien on les sectionne entre deux pinces. Aucune ligature sur ces vaisseaux.

Plus tard, en 1895, Poulet utilise certains tendons dans la cure radicale des hernies inguinales présentant de larges effondrements. Dans une série d'expériences faites sur le chien, il constata que les tendons arrachés

avec quelques barbes de muscle peuvent être transportés ailleurs, qu'ils s'y greffent et continuent de vivre. Il a fait 83 cures radicales de hernies inguinales en appliquant le procédé suivant : incision des téguments au niveau du collet du sac, pédiculisation de ce dernier et réduction de son contenu. A travers ce collet, on passe un fil métallique pour séparer la cavité péritonéale du sac herniaire. On fait ensuite une seconde incision parallèle au tendon du premier adducteur, on le soulève et on l'arrache ; puis, on le fait passer sur les téguments dans la plaie inguinale, où on le fixe. On a ainsi tendu, entre les deux piliers, un troisième pilier.

En 1896, Poulet modifie son procédé et utilise une partie des tendons de la longue portion du triceps crural. Ce tendon peut fournir une lanière mobilisable de 12 à 15 centimètres de longueur. L'opération se fait à travers l'orifice extérieur du canal inguinal, que l'on n'incise jamais. Elle reste donc extra-abdominale.

Premier temps : Incision de 4 centimètres, parallèle à l'arcade, au milieu de l'orifice externe du canal inguinal ; dissection du collet de la hernie, qu'on sépare du cordon. Un fil métallique transperce quatre à cinq fois ce collet et les deux chefs réintroduits dans le canal inguinal retraversent la totalité des parois de l'abdomen. Ce fil sépare la cavité péritonéale du champ opératoire.

Deuxième temps : Sur le trajet du muscle droit antérieur de la cuisse, à 15 centimètres de la paroi antéro-supérieure, on fait une incision de 4 centimètres, qui sert à découvrir le muscle. On détache, sur la face interne du tendon, un ruban fibreux d'un centimètre de largeur ; en élevant le membre pour relâcher le muscle,

on fait venir ce tendon, qu'on finit par couper à la partie moyenne de la cuisse. Le doigt, insinué sous le couturier, crée un trajet intercellulaire à travers lequel une longue pince conduit le tendon dans la plaie inguinale.

Troisième temps : Avec une grosse aiguille, on pénètre dans le canal à travers sa paroi antérieure, à 2 centimètres en dehors du pilier externe. L'aiguille fait envelopper au tendon le pilier externe de l'orifice interne ; ensuite, les 4 ou 5 centimètres du tendon restant servent à le fixer dans un muscle, où il se greffe en quelques jours ; on le fixe par deux points métalliques à la peau, que l'on retire huit jours après.

10° Procédé de Phelps (de New-York).

Dans le cas de hernie volumineuse avec un sac épais, Phelps pratique l'inversion du sac. L'ouverture faite à celui-ci est suturée au catgut ; puis, un fil est passé sur ce sac en cordon de bourse. Le sac est invaginé dans l'abdomen et les fils viennent ressortir en dehors du sac pour être serrés et noués ensuite. Après quoi, une suture transversale est placée sur le moignon, qui est rejeté en arrière.

S'il s'agit d'une hernie très volumineuse avec un sac épaissi, Phelps fixe un fil de catgut au fond du sac. Une aiguille le saisit et le porte à l'intérieur de la cavité abdominale, au-dessus de l'anneau profond, contre la paroi du ventre, aussi haut que l'exige la longueur du sac. Pour que cette aiguille ne fasse pas de désordres, elle est placée dans une sonde canaliculée. Par une petite incision faite aux couches des parois abdominales, on fait sortir l'aiguille, on tire sur le fil, qui retourne le sac en

dedans, et on fixe le fond au niveau du point où il perfore les parois. Puis, il reconstitue le canal inguinal. Le fascia transversalis est séparé des autres muscles. Puis, les bords de l'anneau profond sont suturés. Pour permettre le rapprochement de ces bords, deux incisions longitudinales parallèles sont faites de chaque côté de lui. Le cordon est enlevé de l'anneau profond et placé dans l'une des incisions longitudinales, l'inféro-externe de préférence.

Par-dessus le fascia, on suture le muscle transverse, en ayant soin de faire passer le cordon au-dessus de la ligne des sutures dans un trou fait à ce muscle. On suture encore chacun des obliques. De la sorte, les parois du canal sont reconstituées dans leur totalité, mais avec des éléments nouveaux, et la direction de celui-ci devient oblique de bas en haut et d'arrière en avant.

Dans le cas de hernies volumineuses à parois effondrées, Phelps se sert d'anses de fils d'argent comme d'agents de renforcement. Après avoir suturé le fascia transversalis par-devant le moignon du sac, des anses de fil d'argent sont introduites entre le fascia et le muscle transverse. Suture du muscle par-dessus. Puis, nouvelle couche entre le transverse et le petit oblique, mais disposée perpendiculairement par rapport à la première. Ces anses sont fixées au catgut et la plaie est fermée.

11° Procédé de Mauclaire (Paris).

Dans les grosses hernies, Mauclaire sectionne très haut tout le cordon et greffe le testicule ainsi isolé sur celui du côté opposé ; c'est la synorchydie artificielle.

12° Procédé de H. Morestin.

Morestin opère les grosses hernies comme suit : 1° Mise à nu de l'orifice inguinal, débridement en dehors de cet orifice dans le sens des fibres du grand oblique. Ouverture du péritoine au niveau du trajet inguinal ; on s'épargne ainsi tout tâtonnement dans la recherche du sac et tout ennui du côté de l'intestin ; 2° Libération du sac par voie de décollement ; 3° Incision soit sur le bord externe du muscle droit, soit au voisinage de la crête iliaque ; 4° Réfection du mésocolon et fixation l'un à l'autre de ses deux feuillets à l'aide d'un grand nombre de sutures à la soie fine, soit à points séparés, soit en surjets disposés en lignes radiées dans les interstices des vaisseaux, fixation de la base du méso à l'aponévrose iliaque, à la partie la plus reculée de la fosse iliaque ; 5° Suture de la plaie abdominale ; 6° Réfection aussi soignée que possible du trajet inguinal.

13° Procédé d'Annandale.

Annandale, puis Lawson Tait, font l'incision qui doit aboutir à la cure radicale, non plus sur la tumeur herniaire, mais sur le milieu du ventre ; **ils font une véritable laparotomie.** Ainsi, ils n'augmentent pas l'ouverture qui laisse passer la hernie et ils facilitent les manœuvres qui aboutissent à la cure radicale. Après la laparotomie, ils recherchent la hernie inguinale ; ils réduisent son volume par des tractions lentes et continues, s'il y a des adhérences. Si les adhérences sont trop fortes, ils font, en outre, l'incision sur le sac herniaire directement, mais ne la prolongent pas en haut jusqu'à l'anneau profond. En refoulant et en faisant de

la traction, ils arrivent à réduire le contenu. Puis, ils ferment l'orifice herniaire en introduisant deux aiguilles de dehors en dedans, entraînant les deux bouts d'un même fil de crin de Florence ; l'externe s'engage à travers le pilier externe, l'interne à travers le pilier interne. Les aiguilles sont retirées par le ventre et le fil reste en dedans. On place autant de sutures qu'il est nécessaire pour bien fermer la hernie.

14° Procédé de Barker.

Le sac ayant été libéré et exploré, le collet est lié avec un fil, dont on conserve les bouts. Après l'incision du sac à un demi-pouce au-dessous de la ligature, un des bouts du fil constricteur est enfilé dans une aiguille. Celle-ci est passée dans le haut du canal inguinal, en avant du cordon ; l'index gauche refoule le moignon du sac et reconnaît le bord inférieur de l'anneau profond.

A ce niveau, l'aiguille traverse un bord de cet anneau et ressort en avant à travers toute la couche musculo-aponévrotique ; l'aiguille est retirée et va prendre l'autre bout du fil, qui est passé de la même façon. Les deux fils attirés entraînent du côté du péritoine le collet du sac, et en les serrant, on ferme l'anneau profond.

Quatre ou sept sutures sont de même passées à travers les parois opposées du canal inguinal, en respectant le cordon.

D'après Grosenberg, ce procédé présente les avantages suivants : En fermant l'orifice interne, on intercepte le passage du contenu abdominal dans le canal inguinal ; on est garanti, grâce à ce mode opératoire, d'étranglement d'une hernie récidivée. Le procédé est très sim-

ple et présente une grande facilité d'exécution. On l'a employé dans onze herniotomies faites à l'hôpital Obouchoff (Russie), et il a donné des résultats très satisfaisants. (Butruille : Obs. 30).

15° Procédé de Nicaise.

Nicaise, cherchant, dans un cas de grosse hernie inguinale, étranglée, à faire la cure radicale, reconnut que la dissection du sac était impossible à moins de sacrifier le testicule ; laissant alors le sac en place, il fit au-dessous de l'anneau six points de suture superposés ou en étages et pratiqua une contre-ouverture à la partie inférieure du sac. Il fit une **cure radicale par cloisonnement du sac ;** celui-ci s'oblitéra au-dessous de la suture et la hernie n'y pénétra plus après la guérison du malade.

16° Procédé de Terrillon.

« Je dissèque seulement les parties latérales du sac ou du canal péritonéo-vaginal toujours faciles à libérer. J'aplatis sa lumière transversalement et je le **capitonne** avec des points de catgut placés sur deux rangées, à un centimètre de distance environ. Pour que l'oblitération soit faite le plus haut possible, je décolle latéralement le sac des parois du trajet inguinal et je l'abaisse d'un bon centimètre avant de placer mes fils de catgut, qui se trouvent ainsi remontés dans le ventre, quand je lâche le sac après son oblitération. Au lieu de fermer l'anneau par un simple plan, comme dans la ligature du sac, j'ai ainsi un véritable cordon formé par la longueur du sac contenu entre mes deux plans de suture. »

17° Procédé de Bassini.

1er temps : libération du sac aussi haut que possible, après incision de l'aponévrose du grand oblique ; ligature et résection du sac.

2e temps : Réfection de la paroi postérieure ; on isole complètement le cordon ; on le récline en dedans et en haut sur l'abdomen ; la paroi postérieure est complètement à nu ; on voit par transparence, derrière le fascia transversalis, les vaisseaux épigastriques bordés par les fibres verticales du ligament de Hesselbach. On voit qu'il y a là une partie faible, limitée par le tendon conjoint en haut, l'arcade de Fallope en bas ; on place alors des points de suture pour rapprocher ces deux parties résistantes et supprimer la dépression. On charge en haut le tendon conjoint, ou mieux tous les tissus résistants qui font saillie sur le bord externe du grand droit, et en bas, la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope. Trois à cinq points de suture sont ainsi disposés ; le cordon est remis en place ; il repose sur un plan solide.

3e temps : Réfection de la paroi antérieure au moyen d'un surjet

18° Procédé de Lucas-Championnière.

La peau est incisée au niveau de l'anneau inguinal ; on arrive sur le sac herniaire, lequel est mis à nu par une dissection attentive ; Lucas-Championnière **incise même le canal** sur sa paroi antérieure, au-devant du cordon, si la dissection du sac l'exige. **On ouvre le sac,** et on a sous les yeux le contenu de la hernie. Lorsque le

sac est bien pédiculisé, on le ligature et on **sectionne** le pédicule. Il rentre immédiatement dans l'abdomen. On répare ensuite la paroi ; les piliers sont suturés à la soie. On rapproche les parties molles par quelques points de suture perdue au catgut ; on suture la peau au crin de Florence. S'il rencontre des franges épiploïques, Lucas-Championnière les résèque, après ligature préalable au catgut, ou les réduit avec l'intestin. S'il se trouve en présence d'une épiplocèle volumineuse, il attire au dehors tout ce qu'il peut d'épiploon, à la base duquel il place une série de sutures au catgut par étages successifs (Observations 6, 7, 10, 17, 18, 19, 20).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

TERRILLON. — *Volumineuse hernie inguinale*

Homme de 28 ans. Hernie inguinale du volume des deux poings, avec ectopie inguinale du testicule situé dans une sorte de diverticule latéral à la hernie, et que le malade demande à conserver. **Capitonnage** du sac avec deux rangées de six points de catgut. Gros tube placé au fond du sac sans autre traitement ; guérison en huit jours, sauf une toute petite fistule. Ce malade, opéré depuis trente-trois mois, ne porte qu'un bandage insignifiant et n'a pas de récidive. Son testicule s'est un peu déplacé vers les bourses.

OBSERVATION II

(In ibidem)

Homme de 59 ans, opéré en novembre 1885. Hernie analogue, avec même situation du testicule, qui était douloureux et a été enlevé. Encore très bien portant, sans récidive, quoiqu'il se livre à des travaux un peu sérieux.

OBSERVATION III

(In ibidem)

Homme de 38 ans. Testicule descendu. Même opération, sans toucher au testicule, ni à la vaginale.

OBSERVATION IV

J. Lucas-Championnière. — *In traité de la cure radicale des hernies* 1892, pages 620 et 621

Femme âgée de 30 ans, porteur d'une énorme hernie inguinale droite datant de 13 ans, opérée le 5 juillet 1881. Dissection d'un énorme sac. Excision d'une quantité de peau considérable. 5 ligatures en chaîne sur le collet, drainage. Triple lambeau cutané suturé en autoplastie.

Revue en 1887 : restée guérie. Nouvelles en 1888 : est accouchée, même état, porte bandage. Nouvelles en 1891 . accouchée deux fois, porte bandage. Etat identique.

OBSERVATION V

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme, 43 ans. Enorme hernie scrotale droite datant de l'âge de 14 ans. Opération le 9 juillet 1885.

Résection du sac. 3 fils sur collet. Autoplastie. Une deuxième opération est faite quelque temps après, pour enlever le reste du sac laissé dans les bourses.

Revu en 1887. La hernie était récidivée. Elle était restée guérie tant que le malade avait porté bandage, mais il l'avait abandonné au bout de 14 mois. Elle n'était pas encore très volumineuse.

OBSERVATION VI

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 31 ans. Enorme hernie inguinale épiploïque droite, irréductible. Tout bandage impossible. A été réformé au service pour cette infirmité.

Opération le 11 septembre 1886. Extraction d'une masse énorme d'épiploon (840 gr.) à l'aide de 12 fils ; 4 fils en chaîne sur le pédicule ; 4 sutures perdues. L'opération dura 1 heure 35.

Ce malade a été revu plus tard, très bien guéri. Il avait été opéré deux mois plus tard, pour une tumeur des bourses, Il était sorti avec une cicatrice très solide.

OBSERVATION VII

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 24 ans. Grosse épiplocèle inguinale gauche, congénitale. Sac bilobé, adhérences. Opération le 26 octobre 1886.

Cure radicale. Extirpation d'une masse considérable d'épiploon (235 gr.) avec 8 fils ; 2 fils sur pédicule ; 4 sutures perdues. L'opération dura 1 heure 1/4.

Excellentes nouvelles au bout d'un an et demi. Portait bandage Rainal ancien. Nouvelles excellentes en 1891 (5 ans).

OBSERVATION VIII

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 64 ans. Enorme hernie inguinale droite datant de 21 ans. Irréductible, incoercible, douloureuse. Adhérence intestinable. Chute du gros intestin.

Opération le 10 mai 1887. Dissection d'un sac volumineux. Réduction d'une masse énorme d'intestin avec gros intestin. Pas d'épiploon. Adhérence d'une anse d'intestin au sac, facilement détaché. Collet du sac difficile à limiter parce que le gros intestin est descendu avec son mésocolon; 4 ligatures enchevêtrées sur le pédicule. L'opération dura 1 heure 1/2.

Très bon état, malgré des imprudences de toutes sortes. Sort avec un bandage triangulaire. Revu le 31 décembre 1887. Présente une récidive à la partie supérieure de la cicatrice, mais qui est bien contenue par le bandage. En mai 1888, il y a récidive, mais la hernie est réductible et cœrcible.

OBSERVATION IX

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 29 ans. Grosse hernie inguinale gauche datant de 9 ans, pour laquelle le malade a été réformé. Incoercible et irréductible. Toutes tentatives pour placer un bandage ont été vaines. Opération le 4 août 1887.

Sac trouvé facilement, mais difficile à disséquer, à cause du glissement d'une anse du gros intestin. Collet formé au-dessus de cette anse et lié par 4 catguts en chaîne ; 2 sutures perdues ; épiploon. L'opération dura cinquante-cinq minutes.

Très bon état à la sortie. Est revenu se montrer avant la fin de l'année, et on a noté la solidité de la cicatrice, malgré cette disposition du gros intestin.

OBSERVATION X

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 23 ans ; deux hernies inguinales très volumineuses, surtout à droite. Difficiles à maintenir réduites, c'est-à-dire incomplètement réductibles. On opère les deux côtés le 23 août 1887.

1° **Hernie droite.** — Dissection facile du sac, sauf au niveau du collet, où on trouve le gros intestin glissé avec son mésocolon ; gros intestin soulevé, sac fermé contre lui par 3 fils enchaînés.

2° **Hernie gauche.** — Moins volumineuse ; grosse masse d'épiploon (140 gr.) extirpée en trois groupes ; glissement du gros intestin, qui est soulevé ; 4 ligatures en chaîne. Deux sutures perdues. L'opération totale dura 1 heure 25 minutes.

Sort en excellent état, avec bandage double à ressort. A été revu plusieurs mois plus tard. Porte bien un bandage et la guérison bien maintenue, mais le choc intestinal est moins haut que pour d'autres opérés.

OBSERVATION XI

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Femme de 50 ans. Hernie inguinale gauche énorme, datant de 1870. N'a jamais eu d'enfants. Douloureuse, mais sans vomissements. N'a jamais été réduite. Cette hernie contenait l'ovaire. Hernie congénitale. Opération le 30 août 1887.

Dissection facile du sac, qui contient beaucoup de gros intestin et d'intestin grêle, mais pas d'épiploon. Réduction laborieuse, cordon volumineux inséré dans le sac (ligament rond). 5 catguts sur le collet, 3 très gros. L'opération dura 1 heure 15 minutes.

Guérit très bien de l'opération, malgré un abcès de la

grande lèvre. Meurt au mois de novembre, avec splénisation des poumons, ulcérations intestinales, œdème des jambes. Etat local très satisfaisant. On peut, à la nécropsie, constater que, malgré la toux incessante depuis trois mois, il n'y a aucune tendance à la récidive, le péritoine est lissé au niveau du point opéré.

OBSERVATION XII

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 25 ans. Deux hernies inguinales énormes, datant de l'âge de 10 ans. N'a jamais pu supporter de bandage. La hernie gauche, très volumineuse, avec anneau très dilaté. Toutes deux contiennent du gros intestin avec mésocolon.

Hernie gauche. — Opération le 18 novembre 1887.

Dissection difficile du sac en arrière, à cause du gros intestin, qui ne descend pas trop bas. Résection de 240 grammes d'épiploon (6 fils en chaîne), 4 fils sur le pédicule. Beaucoup de vaisseaux sanguins ; 2 sutures perdues. L'opération dura 1 heure 15 minutes.

Très bon état de la cicatrice, le 8 décembre. Revu le 18 mai 1888 : état des plus satisfaisants. Porte un bandage à ressort à pelote large et fait son métier de boucher très aisément. Revu le 23 mars 1890, très bon état. Ceinture.

Hernie droite. — Opération le 8 décembre 1887.

Ouverture facile du sac. Beaucoup d'intestin ; pas d'épiploon, voisinage du gros intestin. Dissection du sac ; 2 fils sur le collet ; 2 sutures perdues. L'opération dura 55 minutes.

Très bon résultat. Sort avec un bandage inguinal double ordinaire. Revu le 18 mai 1888, très bon état. Revu le 15 novembre 1888, en très bon état.

OBSERVATION XIII

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 32 ans. Hernie inguinale volumineuse, datant de 16 ans. Réductible, mais les bandages ne la maintiennent pas, et il est obligé d'abandonner son travail, même peu fatigant (peintre).

L'opération a lieu le 1er mars 1888.

Ouverture d'un grand sac contenant seulement de l'intestin grêle, et, en haut, l'appendice iléo-cœcal. Dissection facile du sac : 4 fils croisés sur le pédicule très épais ; 3 sutures perdues. L'opération dura cinquante-cinq minutes.

Sort en très bon état avec ceinture Rainal. Les suites immédiates de l'opération ont été un peu difficiles. Ballonnement, élévation de température. On voit souvent ces accidents quand le fil est trop près du gros intestin. Solidité excellente à la sortie.

OBSERVATION XIV

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 53 ans. Hernie inguinale droite volumineuse, datant de 6 ans. A porté un bandage qui ne maintenait pas la hernie, qui est devenue irréductible, il y a six mois, à la suite d'un effort. Souffre constamment, vomissements presque quotidiens. Opération le 24 mai 1888.

Sac difficile à ouvrir, contient le cœcum, qui constitue sa paroi antérieure, l'appendice, une grande partie du colon et des anses d'intestin grêle agglutinées. Le gros intestin adhère à la paroi postérieure du sac. Pour réduire, on fait une incision au-dessus du cœcum et on entre dans un deuxième lobe du sac, dans lequel on trouve une masse graisseuse et des ganglions que l'on résèque (112 gr.). Le méso-colon est ensuite réséqué sur les parties latérales. La réduction ne peut être obtenue. On incise alors de 0 m. 10

la paroi abdominale en haut et on réduit ; 9 sutures perdues ; 19 crins de Florence, dont plusieurs profonds ; 2 drains. L'opération dura 1 heure 50 minutes.

Beaucoup de vomissements bilieux pendant deux jours. Les suites de l'opération ont été excellentes. Très bonnes nouvelles le 1er septembre. La hernie est maintenue réduite ; une très large pelote est destinée à soutenir la région ; tous ces accidents ont disparu. Nouvelles le 1er novembre : état des plus satisfaisants. Nouvelles le 20 novembre 1891 (3 ans 1/2) : bien guéri, porte bandage à large pelote.

OBSERVATION XV

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 20 ans. Hernie inguinale gauche volumineuse, ancienne, mais réductible. Canal large.

Opération le 31 janvier 1889.

Sac facile, grand, peu adhérent. Pas d'épiploon. Dissection très haut. 12 fils, 5 sutures perdues, 1 drain.

Sort en bon état pour aller à Vincennes.

OBSERVATION XVI

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme. Hernie inguinale gauche volumineuse depuis 1 an. Pas de douleurs. Pas de bandage. Irréductible. Le père avait une hernie énorme. Opération le 3 mai 1889.

Incision. Sac difficile. Enorme masse de gros intestin. Réduction laborieuse. 5 catguts profonds, 9 crins, 1 drain.

L'opération dura 1 heure 10.

Bon état. Bandage ordinaire.

OBSERVATION XVII

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 41 ans. Hernie inguinale droite énorme. Obèse et emphysémateux. Opération le 7 novembre 1889.

Incision. Sac facile, disséqué très haut. Epiploon abondant attiré et réséqué. 2 catguts repassés sur le pédicule, 8 sutures perdues. Nombreuses sutures superficielles, 1 drain.

Chloroforme difficile. Agitation. Vu en décembre 1891 (2 ans et 1 mois), pas d'impulsion. Bandage ordinaire. Cet homme, très obèse, a une petite hernie ombilicale.

OBSERVATION XVIII

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 43 ans. Hernie inguinale gauche irréductible. Volumineuse. Douleurs. Grossit. Daterait de 14 ans.

Opération le 4 décembre 1890.

Epiploon difficile (3 paires de catguts, 173 gr.). Sac pédiculé (2 fils), 10 crins, 1 drain, 6 sutures perdues. L'opération dura 1 heure.

Suites simples. Sort en très bon état avec ceinture Rainal, au bout de 33 jours.

OBSERVATION XIX

J. Lucas-Championnière (In ibidem).

Homme de 21 ans. Hernie inguinale double, grosse à droite, pointe à gauche. Droite depuis 3 ans. Volumineuse, pénible ; pas de bandage. Opération le 2 janvier 1891.

Grand sac, épiploon maigre, attiré, réséqué (21 gr.), sac

disséqué très haut, 2 catguts, 8 sutures perdues, 8 crins, 1 drain. L'opération dura cinquante minutes.

Sort en très bon état, au bout de 29 jours. Nouvelles sans date.

Le procédé de Lucas Championnière est communément employé maintenant dans la cure radicale des hernies inguinales volumineuses, comme dans la cure radicale des hernies de petit et de moyen volume. Cependant, au cours de l'intervention, on peut être amené à le modifier suivant les circonstances. Les uns y ajouteront la castration, d'autres la résection de l'intestin, comme dans les observations suivantes.

OBSERVATION XX

Polaillon. — *In bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1885, 281-284

Malade guéri par l'opération de la cure radicale d'une hernie inguinale droite, incoercible et d'un volume énorme

Le nommé L... (Jean), âgé de 39 ans, exerçant la profession de maçon, portait une hernie inguinale droite depuis environ vingt années ; il nous assure que cette hernie n'avait pas commencé pendant l'enfance, mais seulement après la puberté. Elle augmenta progressivement de volume jusqu'au printemps de l'année 1884. A cette époque, elle prit brusquement un développement considérable, produisant, de temps en temps, des douleurs abdominales et des vomissements. Le malade la faisait rentrer par de violentes pressions. Mais, la réduction ne persistait pas. Bientôt, elle devint impossible. L... en éprouva une si grande gêne qu'il fut obligé de renoncer à l'exercice de son métier.

Le 15 décembre, il entra dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 26.

Sur la région inguinale droite, s'implante une tumeur grosse comme une tête d'adulte, indolente à la pression, molle et élastique, tumeur qu'il est facile de reconnaître pour une énorme hernie entéro-épiploïque. Son enveloppe cutanée est formée, aux dépens de la peau, du scrotum et du pli de l'aine. La circonférence mesure 68 centimètres, et dans la station debout, son fond descend au-dessous du milieu de la cuisse. Deux ulcérations, grandes comme des pièces cinq francs, se voient sur la face antérieure de l'enveloppe cutanée, c'est-à-dire dans les points qui sont le plus exposés aux contusions des corps extérieurs et aux frottements du pantalon. La hernie émerge à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure et s'étend jusqu'au pubis, en refoulant la verge vers la gauche. Le testicule droit est accolé à la partie postérieure et interne de la hernie. Il est petit, atrophié, difficile à sentir.

En palpant cette hernie, on reconnaît, au dessous de la peau, un sac péritonéal très épais. En définissant la région inguinale, on trouve que la hernie communique avec la cavité abdominale par un orifice assez large pour admettre les quatre doigts juxtaposés. Malgré cette large ouverture, la réduction est impossible. L'irréductibilité tient peut-être à des adhérences entre l'intestin et le sac, mais surtout à ce que la **cavité abdominale n'est plus assez vaste pour contenir toute la masse intestinale qui est logée dans la hernie.**

Le patient est dans une position fort critique. Il ne peut se livrer à aucun effort et, par conséquent, gagner sa vie. Il voit sa hernie augmenter tous les jours. Il souffre et il est exposé à des accidents d'étranglement ou d'obstruction intestinale. La peau s'est ulcérée et l'ulcération menace de s'étendre en surface et en profondeur. Jamais, l'indication d'opérer la cure radicale n'a été plus précise. Mais, avant de songer à cette opération, il fallait s'assurer si l'intestin pourrait rentrer dans le ventre et y trouver une place suffisante pour y rester à demeure.

Mon premier soin fut donc d'obtenir la réduction. Pour cela, je confinai rigoureusement le malade au lit ; je le mis à la diète ; je lui administrai, de temps en temps, un léger

purgatif ; je lui fis prendre quelques bains. Chaque jour, je fis des manœuvres de taxis et je recommandai au malade de renouveler lui-même ces manœuvres dans la journée.

Le 12 janvier 1885, la réduction fut obtenue, mais l'intestin ressortait à mesure qu'on le réduisait, **comme si la cavité abdominale était trop petite pour le contenir. L'opération de la cure radicale** devint, dès lors, possible. J'attendis pourtant quelques jours encore, pendant lesquels je cherchai à dilater la cavité abdominale, en maintenant la réduction de mon mieux.

Deux jours avant l'opération, l'évacuation de l'intestin fut provoquée par une purgation.

Le 22 janvier, opération. Notre collègue des hôpitaux, M. Schwartz, assiste à l'opération. Le patient est chloroformé. Spray phéniqué.

Deux incisions curvilignes, se réunissant en dedans et en dehors, circonscrivent un large croissant de la peau qui enveloppe le sac herniaire. Le sac est ensuite disséqué jusqu'à l'ouverture inguinale. Cette dissection se fait, dans certains points, en décollant avec le doigt le tissu cellulaire qui unit la face externe du sac à l'enveloppe cutanée ; mais, dans d'autres points, il faut employer le bistouri et les ciseaux et procéder minutieusement pour ne pas ouvrir la poche péritonéale. Ce temps de l'opération est long et très sanglant.

Arrivé au niveau de l'anneau inguinal, je réduis l'intestin avec soin, puis, je rassemble entre mes doigts les parois du sac, de manière à en former un pédicule que je lie avec un fort fil de catgut au ras de l'arcade fémorale. Le testicule est emprisonné dans le sac. Si je le conserve, il restera près de l'anneau et rendra douloureuse l'application d'un bandage. C'est là un grave inconvénient, qui fera échouer le but que je me propose en pratiquant la **cure radicale de la hernie.** J'ai dit, d'ailleurs, que ce testicule était atrophié. En outre, les éléments de son cordon ont été dissociés par l'expansion du sac et il serait bien difficile de les retrouver et de les conserver. Toutes ces raisons me décidèrent à sacrifier le testicule.

Le sac fut donc excisé avec le testicule, à un centimètre

au-dessous de la ligature qui fermait la cavité péritonéale, à la manière du collet d'une bourse serrée par son cordon.

La section du sac fut faite avec précaution, en examinant avec soin si une anse intestinale n'avait pas été comprise dans la ligature. Je trouvai dans le sac une petite quantité de liquide mousseux, qui n'était autre chose que la sérosité du péritoine, que les manœuvres du taxis avaient fait mousser. La réduction de l'intestin ayant lieu avant la ligature et l'excision du sac, à aucun moment les anses intestinales n'ont été en contact avec l'air extérieur. Une grande masse d'épiploon, qui était contenue dans le sac, fut liée et réséquée. L'ouverture inguinale fut ensuite réunie par quatre points de suture entrecoupés avec des fils de catgut fin placés sur les piliers de l'anneau. Un de ces fils traversait le pédicule du sac pour le maintenir contre la paroi abdominale.

Quatre points de suture profonde avec des fils d'argent et onze points de suture superficielle furent placés pour rapprocher les lèvres de la plaie cutanée. Drain de caoutchouc aux deux extrémités de l'incision. Pansement de Lister. L'opération avait duré plus d'une heure.

Dans la journée, le malade eut quelques nausées dues au chloroforme. Le soir, il allait très bien, aucune douleur, aucune fièvre.

Le 24 janvier. Premier pansement. Les lèvres de l'incision sont réunies.

Le 26 janvier. Deuxième pansement. Ablation de deux fils profonds et de huit fils superficiels. L'état général est très bon. Mais, le soir, le malade est en proie à une fièvre assez vive, à la suite d'efforts pour aller à la selle.

Le 27 janvier. Vingt-cinq grammes d'huile de ricin amènent quelques selles normales.

Le 29 janvier. Troisième pansement. Au-dessous de la peau réunie, je trouve un foyer de suppuration fétide, qui m'explique parfaitement la fièvre. J'enlève toutes les sutures et je fais un lavage minutieux du foyer avec de l'eau phéniquée au 1/20. Pansement de Lister.

Malgré cet accident, le ventre n'est pas douloureux ;

des adhérences solides se sont faites du côté du péritoine et il n'y a aucune menace de péritonite.

Les jours suivants, l'opéré allait très bien et s'alimentait presque comme à l'état normal. Mais, le foyer purulent continua à suppurer.

Le 11 février, la suppuration commença à diminuer. Néanmoins, le malade restait rigoureusement au lit, avec la recommandation de ne pas s'asseoir et de ne pas faire de mouvements brusques.

On renouvela d'abord les pansements tous les deux jours, puis tous les trois et tous les quatre jours, à mesure que la suppuration se tarissait.

Le 10 mars. La cicatrisation est parfaite ; je permis à mon opéré de se lever avec un bandage appliqué par-dessus une couche d'ouate.

La guérison de mon malade est complète en ce sens qu'il est débarrassé d'une infirmité qui l'empêchait de gagner sa vie et qui l'exposait à de graves accidents. Mais mon opération n'a pas fait disparaître la faiblesse congénitale de la paroi abdominale. Malgré l'excision du sac, malgré la suture de l'anneau, malgré la suture profonde des lèvres de la plaie, la région inguinale reste faible. Elle a besoin d'être soutenue artificiellement. Aussi, mon opéré devra-t-il porter un bandage toute sa vie, sous peine de voir se former une nouvelle hernie.

Il est bien rare que ceux qui ont subi la cure radicale d'une hernie ne soient pas soumis à cet assujettissement. En examinant la pièce enlevée, on voit que le testicule est situé dans le sac. J'avais donc affaire à une hernie dans la tunique vaginale, c'est-à-dire à un hernie **congénitale.** D'après le dire du malade, cette hernie n'est devenue apparente qu'à la puberté.

La disposition du testicule dans le sac rendait la conservation bien difficile. Si le testicule avait été conservé, la cure radicale aurait été moins sûre et l'usage d'un bandage aurait probablement été empêché par la compression de cet organe et par les douleurs qui en auraient résulté.

OBSERVATION XXI

E. Julliard.— *In Congrès français de chirurgie*, 1895, page 453

Deux cas d'entérectomie pour la cure radicale des hernies non étranglées

Observation A. — Homme de 57 ans, affecté depuis neuf ans, d'une hernie inguinale gauche.

Il y a deux ans, il a essayé de porter un bandage, qu'il abandonna de suite pour ne porter qu'un suspensoir.

Ce suspensoir ne maintenant pas la hernie, celle-ci ne cessa d'augmenter jusqu'au point où, étant devenue insupportable, le malade entra à l'hôpital.

Etat actuel. — Enorme hernie inguinale gauche descendant jusqu'au genou ; cette hernie est irréductible, incoercible et très douloureuse, au point que le malade ne peut marcher, ni même se tenir debout.

Opération. — J'incise le sac herniaire et je constate qu'il renferme de l'intestin grêle, de l'épiploon et beaucoup de gros intestin.

L'intestin grêle est facilement réduit. L'épiploon est réséqué. Quant au gros intestin, il est adhérent d'une façon tellement intime qu'il fait corps avec lui, qu'il le constitue, en majeure partie, et qu'il est, par conséquent, impossible de l'en séparer.

Les éléments du cordon sont dissociés et compris dans les parois du sac, dont ils ne peuvent pas non plus être séparés. J'attire alors le bout supérieur de l'intestin et je le sectionne à sa sortie de l'anneau ; j'attire de même le bout inférieur, que je sectionne de la même façon.

Puis, je suture ces deux bouts par une entéroraphie circulaire à deux étages et je les réduis facilement dans la cavité abdominale. Le collet du sac est lié en deux parties, sectionné et facilement réduit ; après quoi, j'extirpe l'intestin, qui n'a pu être réduit, le sac et le testicule.

Suture de l'anneau, dont les piliers étaient fortement écartés.

Dans cette opération, 47 centimètres d'intestin ont été enlevés.

Mon opéré a bien guéri

Aujourd'hui, sept mois après son opération, il se porte très bien. Il n'a aucune récidive et ne porte point de bandage, tout en exerçant le métier de ferblantier .

Observation B. — Homme de 62 ans, atteint depuis deux ans d'une hernie inguinale gauche, pour laquelle il a porté un bandage pendant quelque temps. Mais, la hernie, qui fut toujours difficile à maintenir, devint petit à petit incoercible. Elle a énormément grossi depuis un an, elle ne peut plus être réduite et provoque des douleurs très vives, au point que le malade entre à l'hôpital pour se faire opérer.

Etat actuel. — Enorme hernie inguinale gauche descendant, comme la précédente, jusqu'au genou. Elle n'est réductible qu'en partie, incoercible et très douloureuse, au point que le malade ne peut plus marcher ni même se tenir debout ; il demande à être débarrassé à tout prix de cette hernie.

Opération. — Le sac herniaire étant ouvert, j'y trouve l'épiploon, quelques anses d'intestin grêle et une très grande anse de gros intestin.

L'intestin grêle est facilement réduit ; je résèque l'épiploon dont je réduis également le moignon. Quant au gros intestin, il adhère au sac d'une façon tellement intime qu'il fait corps avec lui, qu'il le constitue, en majeure partie, et qu'il est impossible de l'en séparer.

Les éléments du cordon sont également dissociés et compris dans les parois du sac.

J'attire alors au dehors le bout supérieur de l'intestin et je le sectionne au niveau de l'anneau inguinal ; j'attire également le bout inférieur, que je sectionne de la même façon.

Puis, je sectionne ces deux bouts par une entéroraphie circulaire à deux étages ; je réduis l'anse suturée, qui disparaît dans la cavité abdominale. Le collet du sac est sectionné au-devant de l'anneau ; j'attire le sac au dehors en

le libérant des parties voisines, je le lie en deux parties et je l'abandonne dans la cavité abdominale, où il rentre très facilement. Après quoi, j'extirpe le sac, l'intestin, qui n'a pu être réduit, ainsi que le testicule. Suture des piliers et des muscles au catgut ; suture de la peau au fil de soie.

Dans cette opération, 49 centimètres de gros intestin ont été enlevés. Mon opéré a très bien guéri. Aujourd'hui, 4 mois après son opération, il se porte bien. Il ne porte point de bandage ; il fait son métier de menuisier sans trace de récidive jusqu'à présent.

OBSERVATION XXII

MONPROFIT. — *Congrès de Chirurgie* 1899, vol. 13, page 427

Résection de trois mètres dix centimètres d'intestin dans une cure radicale de hernie volumineuse.

J'ai eu à m'occuper d'une hernie inguinale, grosse comme une tête d'adulte, chez un homme de 42 ans, hernie progressant rapidement, augmentant incessamment de volume et nécessitant une intervention, puisqu'elle ne pouvait être ni maintenue, ni réduite.

Ayant résolu de pratiquer la cure radicale de cette énorme hernie, je me trouvais en présence d'une masse intestinale composée d'intestin grêle et de gros intestin adhérente de tous côtés, impossible aussi de réduire en masse dans l'abdomen.

Je me décidai alors à réséquer tout le contenu de la hernie et je procédai de la façon suivante : je plaçai des pinces sur les deux bouts de l'intestin, à l'entrée, dans la hernie et sur le mésentère, et je sectionnai toute la masse, qui fut décollée de ses adhérences et enlevée.

L'hémostase étant faite avec beaucoup de soin sur le mésentère, je procédai à l'abouchement des deux bouts intestinaux. Je fis l'occlusion des deux lumières terminales par un double surjet muqueux et séreux, et je fis ensuite une anastomose latérale.

La paroi abdominale fut traitée comme pour une cure radicale de hernie ordinaire.

Les suites opératoires furent assez simples ; le malade présenta de la diarrhée dès qu'on voulut reprendre l'alimentation ordinaire, au bout du troisième jour, mais ces phénomènes cessèrent dès qu'on supprima la viande pour s'en tenir au régime végétal.

Le malade quitta le service au bout de trois semaines et retourna chez lui en bon état. J'ai eu de ses nouvelles le 10 octobre, soit quatre mois après l'intervention.

Il porte encore un léger bandage avec pelote de soutien et il éprouve encore un peu de diarrhée, s'il mange de la viande ; son état général est satisfaisant.

La masse intestinale enlevée pesait 1 k. 660 grammes. Elle comprenait une partie de l'iléon, le cœcum, le colon ascendant et la moitié droite du colon transverse.

Les longueurs respectives de ces différentes portions sont les suivantes : intestin grêle : deux mètres trente centimètres ; gros intestin : quatre-vingt-dix centimètres.

Total : trois mètres dix centimètres.

Nous croyons que ces résections étendues d'intestin, qui sont beaucoup moins graves qu'on ne pourrait le croire, pourront trouver leurs indications dans la cure radicale des très grosses hernies adhérentes et irréductibles.

Le chirurgien peut se demander, au cours d'une cure radicale de hernie inguinale volumineuse, s'il convient de castrer le malade, lorsqu'il prévoit que le testicule sera pour lui un obstacle à la bonne réussite de l'opération. Kraske n'hésite pas et fait la castration pour simplifier l'opération. Si la hernie s'accompagne d'ectopie testiculaire, Monod et Richelot suturent le cordon au canal inguinal et aux piliers. Watson, Cheyne et Tuffier font des tractions sur le testicule à distance. Lucas Championnière croit que, s'il faut tirailler fortement le cordon pour opérer la descente du testicule, rien

n'empêchera l'organe de remonter ; dans ces conditions, il vaut mieux faire la castration d'emblée que la faire plus tard. Nous croyons qu'il convient, au cours d'une cure radicale de hernie, d'opérer le testicule ectopique, si sa dissection en est facile et s'il s'agit d'un sujet jeune; si, au contraire, le malade est âgé, si la dissection du sac est difficile, s'il y a néoplasme ou névralgie testiculaire, la castration s'impose.

Julliard, au Congrès de Chirurgie de 1895, proposa, pour les hernies du gros intestin en particulier, de réséquer l'intestin hernié et rapporta deux cas opérés avec succès. Monprofit, en 1899, suivit la conduite proposée par Julliard et réséqua, comme nous le montre l'observation 22, une masse de gros intestin et d'intestin grêle d'une longueur totale de $3^{m}10$. Le docteur Pauchet, d'Amiens, alla encore plus loin : il supprima $4^{m}50$ d'intestin et le malade guérit.

Nous pensons donc, avec Monprofit, que ces grandes résections d'intestins sont moins graves qu'on pourrait le croire et pourraient trouver leurs indications dans la cure radicale des très grosses hernies **adhérentes** et **irréductibles.**

OBSERVATION XXIII

Reverdin (J.-L.). — *Hernie volumineuse inguino-scrotale, cure radicale* (Revue médicale de la Suisse Romane 1885.)

P...., Louis, 72 ans, agriculteur à Soral, canton de Genève, entré à l'hôpital cantonal le 29 juin 1881, sorti le 6 décembre 1881.

P... raconte qu'il s'est fait, en 1864, un effort en sautant

un ruisseau ; la hernie inguinale droite présenta, dès l'abord, le volume d'un œuf de poule et était un peu douloureuse ; on lui a fait alors porter un bandage, dont il a bientôt négligé l'emploi, ne sentant plus de douleurs. Il y a six ans, il tombe en arrière, sa hernie redevient douloureuse ; il reprend un bandage, puis cesse de nouveau de le porter. Deux ans plus tard, à la suite d'un accident, la hernie devient plus grosse et il s'en forme une seconde à l'aine gauche ; ces deux hernies n'ont fait qu'augmenter depuis lors, surtout la droite, par suite de nombreuses chutes et de la négligence du malade, qui n'a plus porté aucun bandage.

Il raconte que, depuis que sa hernie a acquis un grand volume, il ne peut manger que peu à la fois et que, d'autre part, il a constamment faim et se sent l'estomac vide peu d'instants après ses repas. Il est, de plus, tourmenté fréquemment par la constipation.

On trouve, à droite, une énorme hernie inguino-scrotale, du volume d'une tête d'adulte : c'est une entérocèle pure ; à gauche, hernie inguinale du volume d'un œuf de poule.

Le taxis réduit facilement la hernie gauche, tandis que la droite ne rentre qu'en partie ; du reste, cette irréductibilité ne paraît pas due à des adhérences, mais simplement à **l'énorme volume des parties herniées qui ont perdu leur droit de domicile dans l'abdomen.** Le malade se plaint beaucoup de sa hernie, qui le gêne considérablement et l'oblige à marcher courbé ; il vient à l'hôpital pour en être débarrassé et désire ardemment être opéré ; aussi, accepte-t-il facilement **l'opération de la cure dite radicale,** qui lui est proposée par le docteur Auguste Reverdin, qui me remplaçait alors.

Le 26 juillet 1881, on tente l'opération ; le malade est chloroformé et le pulvérisateur de Championnière fonctionne. Le scrotum et le sac incisés, la masse intestinale libre est mise à nu et on cherche à la réduire, sans pouvoir y arriver ; les parois abdominales sont tendues, l'anesthésie n'étant pas suffisamment complète, et malgré plusieurs essais successifs, l'on doit renoncer au taxis et suturer la plaie. L'incision guérit par première intention, sans incidents ; la réaction fébrile des premiers jours est modérée ;

le thermomètre monte seulement à 38°5 et 38°3. On fait porter au malade un grand suspensoir fabriqué pour lui, mais qui ne le satisfait nullement ; il n'est pas du tout soulagé, dit-il, et aime mieux mourir que de vivre ainsi ; des tentatives répétées de taxis n'ont, du reste, aucun résultat, et il demande, chaque jour, à subir une nouvelle opération.

Après l'avoir bien averti que nous risquons de ne pas mieux réussir que la première fois, qu'une seconde opération pourra être beaucoup plus difficile et plus grave que la première et que, même en cas de succès, il devra, néanmoins porter un bandage, je finis par céder à ses instances de tous les jours et je lui promets de l'opérer. Auparavant, je lui fais tenir le lit et lui donne plusieurs purgatifs ; après les purgatifs, on peut réduire une plus grande partie de la tumeur ; aussi, deux jours avant l'opération, il prend une bouteille d'eau de Sedlitz, de façon à réduire, autant que possible, le volume des parties herniées.

L'opération est pratiquée le 15 septembre 1881 ; chloroforme, méthode antiseptique, pulvérisateur de Championnière.

Grande incision en dehors de la cicatrice de la première opération dépassant, en haut, l'orifice inguinal et s'étendant jusqu'à la partie inférieure du scrotum ; arrivé sur le sac, je l'incise et trouve dans son intérieur le cœcum et son appendice, la partie inférieure du colon ascendant et un gros paquet d'intestin grêle ; il existe des adhérences entre les différentes parties de l'intestin, ce qui n'avait pas été constaté lors de la première opération ; pas d'adhérences de l'intestion avec le sac. On réduit d'abord le gros intestin, puis l'intestin grêle ; l'anneau, excessivement large, laisse passer facilement quatre doigts ; malgré cette largeur, la réduction, à cause de l'énorme masse des viscères herniés, demande assez de temps.

On incise alors la plus grande partie du sac ; son collet est suturé au catgut et l'anneau lui-même est rétréci autant que possible par cinq points de suture entrecoupés au catgut (je ne trouve pas, dans les notes de M. Vautier, de mention des petits débridements de l'aponévrose du grand oblique, que je fais d'habitude au-dessus du pilier interne, dans

le but de relâcher ce pilier et de favoriser les effets de la suture). La plaie cutanée est suturée au catgut, après que cinq trous ont été faits avec l'emporte-pièce de Neuber dans les parois du scrotum ; deux drains résorbables de Neuber complètent les moyens de drainage ; l'un sort en bas du scrotum par l'un des trous d'emporte-pièce, l'autre au milieu de la suture. Pansement de Lister. Le soir, 38°2 ; le malade se sent bien ; n'a pas vomi.

16 septembre, 37°6 ; on est obligé de changer le pansement, que l'opéré a sali en urinant et a rempli de tabac à priser ; la plaie a bon aspect ; plus de suintement sanguin ; soir, 38°2.

17 septembre, 37°5 ; le malade a encore sali son pansement ; on le change ; la plaie parait se réunir par première intention ; léger écoulement séro-purulent ; urines un peu noires ; soir, 38°4.

Les 18, 19, 20, on est encore obligé de changer le pansement pour les mêmes raisons ; c'est pour cela aussi probablement que la marche de la plaie, qui paraissait normale d'abord, nous satisfait moins ; la réunion persiste au niveau des bourses, mais en haut, les bords de l'incision s'écartent de plus en plus ; ils présentent un peu de rougeur et il s'écoule une petite quantité de pus fétide ; le 19, l'écoulement s'est fait sur 4 centimètres de longueur et les bords sont distants de 2 centimètres ; on procède aussitôt à une désinfection aussi complète que possible avec la solution de chlorure de zinc à 8 % et on place un drain de caoutchouc à ce niveau ; les lavages au chlorure de zinc sont répétés quotidiennement ; la fétidité et la rougeur disparaissent rapidement ; le 27, on peut enlever le drain de caoutchouc, car tous les phénomènes indiqués ont disparu et la plaie commence à se cicatriser. La température a suivi la marche suivante :

18 septembre : M. : 37°4 ; S. : 38°5.
19 septembre : M. : 38°1 ; S. : 38°4.
20 septembre : M. : 37°8 ; S. : 38°4.
21 septembre : M. : 37°1 ; S. : 37°3.
22 septembre : M. : 37°2 ; S. : 37°3.
23 septembre : M. : 37° ; S. : 37°3.

Elle a continué, depuis, à être normale complètement. Dès le 24, on ne fait plus que des lavages à l'acide salicylique, et bientôt des pansements à l'ouate salicylée.

Le 10 novembre, la cicatrisation est presque achevée et se termine en peu de jours

Le 18 novembre, je note que le doigt ne peut plus sentir aucun orifice au niveau de l'aine ; mais, quand on fait tousser le malade, on voit la partie abdominale tomber légèrement au-dessous du ligament de Fallope, en dehors de l'anneau inguinal ; la hernie inguinale gauche ne présente aucune modification ; elle est restée à l'état de bubonocèle.

Avant de renvoyer l'opéré chez lui, nous lui faisons faire un bandage double ; il n'y a malheureusement pas moyen de le décider, malgré toute notre insistance, à le porter ; le bandagiste le lui modifie plusieurs fois et son éloquence n'a pas plus de succès que la nôtre.

Je n'avais pas revu P... depuis sa sortie de l'hôpital, mais j'avais eu de ses nouvelles, et contre mon attente, quoiqu'il n'eût pas porté de bandage, on me disait qu'il restait guéri.

Le 26 janvier 1885, c'est-à-dire un peu plus de trois ans après son opération, j'ai pu l'examiner et voici ce que j'ai constaté : la hernie gauche, qui n'a pas été opérée, a fort peu augmenté de volume, mais elle est devenue inguino-scrotale ; elle est facilement réductible et l'anneau admet aisément deux doigts. A droite, la cicatrice est à peine visible, souple ; les bourses sont vides de hernie ; on ne peut sentir aucune espèce d'orifice au niveau de l'anneau inguinal ; en suivant le cordon de bas en haut, on le perd à ce niveau ; il paraît pénétrer dans une paroi parfaitement close ; au-dessus du ligament de Fallope et en dehors du siège de l'orifice inguinal, il y a une sorte d'éventration ; on voit une saillie oblique, qui cède à la moindre pression et se referme aussitôt ; on ne trouve autour de cette saillie aucune bordure d'orifice ; c'est la paroi amincie, affaiblie, qui se laisse repousser par l'intestin, mais qui n'est pas traversée par un sac. Les renseignements que l'on me donne confirment le fait que P... n'a jamais voulu porter son bandage ; il se trouve beaucoup mieux qu'avant son opération, mais il éprouve toujours le même besoin de manger à tout moment et la sensation de vide dans l'estomac.

OBSERVATION XXIV

BOUILLY. — *Opération de cure radicale pour une double hernie inguino-scrotale volumineuse*

Homme, 50 ans, porteur d'une volumineuse hernie inguino-scrotale double, absolument impossible à maintenir réduite, malgré les bandages spéciaux. Quand le sujet était debout, la tumeur descendait à 25 centimètres au-dessous du pubis et avait une circonférence de 40 à 45 centimètres. Quant il était couché, on arrivait facilement à réduire les hernies et à sentir l'énorme écartement des piliers, qui était de trois travers de doigt à droite et de deux travers de doigt à gauche, mais l'intestin sortait dès que les orifices herniaires étaient libres.

Opération le 22 septembre 1885.

Ouverture large du sac droit, réduction, suture en bourse le plus haut possible derrière l'orifice externe du canal inguinal. M. BOUILLY enleva les 3/4 du sac sans toucher à la partie avoisinant le cordon, qui fut suturée, séreuse contre séreuse. Suture de la peau au fil d'argent et drainage. Même opération à gauche ; le drain n'ayant pu être réintroduit complètement lors du premier pansement, il survint un phlegmon des bourses, qui fit monter la température à 39°5 et 40° pendant 6 et 7 jours sans aucun retentissement péritonéal et se termina par un sphacèle superficiel ; quinze jours après, tout était cicatrisé. Le malade porte un bandage et un suspensoir ; les bourses ont repris un volume à peu près normal.

OBSERVATION XXV

NICAISE. — *Hernie inguinale gauche réductible, incoercible et douloureuse*

V. Ed..., âgé de 23 ans, typographe, entre, le 24 avril 1886, à l'hôpital Laennec, salle Malgaigne, n° 31.

Père mort d'un épithélioma de la langue. Mère, frère et sœur en bonne santé. Pas d'autre antécédent personnel qu'un eczéma en 1880. Il y a trois mois, le malade eut un chancre infectant, à la suite duquel il survint des plaques muqueuses.

Vers la fin de 1879, en faisant un effort pour soulever un poids très lourd, le malade sentit une douleur dans le pli de l'aine ; aussitôt, il constata la présence d'une tumeur grosse comme un œuf, qui disparut sous une pression légère. Il fit immédiatement faire un bandage, qui maintenait efficacement la hernie. Le bandage ayant écorché le scrotum, le malade cessa de le porter, il y a deux ans. Il resta sans bandage pendant six mois ; à ce moment, la hernie n'était pas habituellement au dehors, et dès qu'elle apparaissait, le malade la réduisait. Cependant, elle grossissait ; le malade remarquait qu'elle sortait plus grosse, ce qui le décida à porter un nouveau bandage.

Pendant six mois, il maintint bien la hernie ; puis, celle-ci commença à sortir sous le bandage, et chaque fois qu'elle sortait, elle déterminait de vives douleurs.

Le malade put toujours la rentrer lui-même. Elle sortit de plus en plus souvent, et, dans ces derniers temps, malgré le bandage, elle était presque continuellement dehors ; le malade était obligé de la rentrer cinq ou six fois par jour ; toutes les fois qu'elle est dehors, elle détermine des douleurs.

C'est dans ces conditions que le malade vint demander qu'on le guérît de sa hernie ; mais il était alors en pleine évolution de syphilis et le scrotum était recouvert de plaques muqueuses ; on lui conseilla donc de revenir au bout de deux mois, ce qu'il fit ; à ce moment, toutes les éruptions syphilitiques avaient disparu.

11 mai 1886. — Lorsqu'on examine le malade, on constate que sous son bandage il y a toujours quelques anses dehors.

Dès qu'il retire son bandage, l'intestin se précipite hors de l'abdomen et on voit se former une **tumeur volumineuse.** Son bord inférieur est distant de 17 centimètres de l'épine du pubis ; au niveau du pédicule, la tumeur mesure 8 centimètres de diamètre dans le sens transversal. Le testicule

est situé à la partie inférieure de la tumeur et en est complètement indépendant. La hernie se réduit en totalité et ne paraît pas contenir d'épiploon. Lorsqu'elle est réduite, on trouve un scrotum flasque, énormément distendu et qui ne se rétracte pas. Les éléments du cordon sont normaux. Le sac paraît être mince. L'anneau est énormément distendu, le trajet inguinal est, en quelque sorte, supprimé ; on peut aller sentir battre l'artère iliaque dans le bassin.

17 mai. — Cure radicale.

Chloroforme. Incision verticale qui remonte au-dessus de l'anneau. On arrive, après avoir coupé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, sur une membrane grise à reflets bleuâtres, qui est tout d'abord prise pour le sac.

M. Nicaise essaie de la décortiquer, mais il ne tarde pas à tomber sur des adhérences solides ; puis, on remarque bientôt que cette membrane enveloppe les éléments du cordon. Ce n'est pas le sac, mais bien la tunique fibreuse épaissie. Celle-ci est incisée avec précaution et on arrive alors sur le véritable sac. Ce dernier étant découvert, M. Nicaise commence la décortication. Elle se fait avec la plus grande facilité. Les éléments du cordon rampent à la surface du sac séreux, sans y adhérer. Il n'y a qu'en un seul point, vers le fond du sac, de légères adhérences que l'on sépare avec le bistouri. La plupart des adhérences cèdent sous la simple pression des doigts ou sous la traction d'une pince à disséquer sans donner une goutte de sang.

Lorsque le sac est complètement libéré, les anses intestinales étant maintenues dans l'abdomen, M. Nicaise attire un peu le collet du sac en avant de l'anneau inguinal et passe alors un fil double à travers le sac, au ras de l'anneau.

Il fait une ligature double enchaînée. Le sac n'est ouvert qu'après avoir été lié. Il est excisé ; le pédicule ainsi formé se rétracte derrière l'anneau inguinal.

Deux drains sont placés. L'un sort par la partie supérieure de la plaie, l'autre par une contre-ouverture déclive, faite au fond de la bourse.

Suture de la peau aux crins de Florence.

Méthode antiseptique. Pansement de Lister.

19 mai. — Premier pansement après 48 heures. Les tubes sont raccourcis de moitié. Il n'y a pas eu la moindre réaction.

22 mai. — Deuxième pansement après cinq jours. Suppression des tubes et ablation des fils. Réunion totale par première intention.

26 mai. — Troisième pansement. Iodoforme et ouate hydrophile simple. Pansement de protection.

31 mai. — La guérison est complète, la cicatrice absolument linéaire. Le malade attend son bandage.

Le scrotum, qui n'a pas été réséqué, descend un peu au-dessous de l'extrémité de la verge ; le testicule n'occupe pas la partie la plus déclive, qui est seulement constituée par la peau plissée. Il est situé un peu en arrière, à peu près à la même hauteur que celui du côté droit. Au-dessus du testicule, on trouve une masse dure, de forme allongée, qui englobe les éléments du cordon et qui remonte jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Cette masse est très irrégulière ; elle présente des globules saillants gros comme des noisettes. Elle est de consistance ferme, égale dans toute son étendue. La pression à son niveau est absolument indolente. Cette masse est due, sans doute, au recroquevillement de la tunique fibreuse non réséquée, à l'accolement des plis ainsi formés et à l'épanchement d'une certaine quantité de lymphe plastique dans la cavité de la tunique fibreuse.

La hernie ne s'est pas reproduite. Mais, lorsqu'on applique la main au niveau de l'orifice inguinal et qu'on fait tousser le malade, on sent une impulsion très nette. Il devra porter un bandage, qui sera alors efficace.

OBSERVATION XXVI

CERNÉ. — *Normandie médicale*, 1889, 5e année, nº 11, p. 189

Hernies inguinales énormes et irréductibles.
Double cure radicale

Le nommé L..., âgé de 60 ans, teinturier, se présente à l'hospice général, pour y être admis comme infirme. Il est de vigoureuse constitution ; ses antécédents morbides personnels et héréditaires sont bons, autant que nous pouvons le savoir, d'après les récits incomplets d'un pauvre homme d'une intelligence extrêmement bornée. Il nous affirme seulement que son père était hernieux.

Il est porteur d'une double hernie inguinale, **dont le volume est véritablement énorme.** C'est pendant l'adolescence qu'elles ont commencé de se former. Il n'a jamais porté de bandage ; il y a quelques années seulement qu'on lui a fait une sorte d'immense suspensoir en cuir, qui le soulage un peu, et sans lequel il ne peut marcher. Il a séjourné, à plusieurs reprises, dans divers hôpitaux, sans que, nous semble-t-il, il ait jamais présenté d'accidents menaçants et son intestin fonctionne assez bien.

Ces deux hernies forment une masse ovalaire, atteignant le tiers inférieur de la cuisse et mesurant, dans la plus grande circonférence, 57 centimètres. A son centre, est l'orifice préputial, au-dessus duquel la verge, complètement cachée, fait une légère saillie depuis le pubis ; on voit au-dessous le raphé scrotal.

Le contenu est sonore, plus nettement à gauche qu'à droite. A la main, on n'arrive qu'à une réduction insignifiante. Afin d'établir réellement le degré d'irréductibilité, et aussi, afin de la favoriser, car je me demande si l'abdomen déshabité de cette masse en permettra volontiers la rentrée pendant une opération, j'applique, pendant quelques jours, la bande élastique pendant deux ou trois heures, modérément serrée. Du côté gauche, la réduction est presque complète, sauf une petite partie adhérente ; à droite, la

diminution de volume est à peu près d'un tiers, mais presque exclusivement, c'est évident, par le refoulement des gaz, sans que le contenu de la hernie rentre dans le ventre. Le diagnostic est : double hernie, surtout intestinale à gauche, surtout épiploïque et très adhérente à droite. Je propose la cure radicale, qui, après quelques hésitations, est acceptée.

Opération le 19 février 1889, avec l'assistance de mes excellents collègues F. Hue et Bataille, chirurgiens des hôpitaux. Le malade a été baigné et purgé à plusieurs reprises. La région est rasée, savonnée et lavée au sublimé. Le côté gauche est d'abord opéré. Incision dans l'axe de la tumeur de ce côté, depuis le collet jusqu'à la moitié de la hauteur, 12 centimètres environ. La sac ouvert, on trouve seulement de l'intestin grêle, sans aucune adhérence apparente ; cependant, malgré un léger agrandissement de l'orifice déjà considérable, la réduction semble arrêtée par un obstacle situé près du collet et en arrière. Pour s'en rendre compte, toute la masse est tirée du sac, mise dans des compresses de gaze phéniquée et renversée en haut. On voit alors qu'une anse du gros intestin est fixée près et au-dessous du collet par un méso et barre, pour ainsi dire, la route. En l'effaçant convenablement, on peut progressivement opérer la réduction avec les doigts. Le méso est ensuite coupé entre deux pinces, assez haut pour que l'anse herniée du colon puisse être repoussée dans le ventre. Le décollement du sac ne présente pas de difficultés et demande seulement un certain temps. Suture en chaîne par trois points de catgut, aussi haut que possible, au-dessus du collet, résection du sac, et enfin, plan de sutures perdues au catgut, superficielles à la soie. Drainage en avant par un drain, suivant la ligne de suture jusqu'à l'orifice abdominal.

La facilité relative de cette première opération, qui avait duré une heure environ, me décida à entreprendre immédiatement la seconde. Même incision ; mais, ici, le contenu présente une seule masse agglomérée, dont les éléments sont difficiles à distinguer. Il y a, évidemment, de l'intestin

et de l'épiploon ; mais, celui-ci est tellement adhérent à celui-là, ainsi qu'au mésentère, qu'il est impossible de l'isoler, sauf quelques fragments insignifiants. Le tout est, de plus, adhérent au sac dans la presque totalité ; son décollement patient peut, néanmoins, s'effectuer dans le fond seulement ; il faut, dans une certaine étendue, sculpter la paroi du sac pour ne pas amener une déchirure de l'intestin. C'est par masses assez volumineuses qu'il faut ensuite réduire, après avoir légèrement agrandi l'anneau. Le suintement sanguin est à peu près insignifiant ; l'attachement de quelques points au thermocautère suffit à l'arrêter.

Le décollement du sac nous réservait une autre surprise. Nous arrivons, en arrière, sur une sorte de tumeur oblongue, qui semble occuper le siège du cordon, ayant le volume de l'index et allant se perdre au voisinage du testicule. Cependant, nous trouvons le cordon sur un autre point et nous finissons par reconnaître qu'il s'agit de l'appendice iléo-cœcal considérablement hypertrophié, accolé, mais non adhérent au sac ; au-dessus de lui, le cœcum, recouvert de péritoine seulement dans son tiers ou son quart antérieur, descend dans la hernie, dans l'espace de 3 centimètres environ, sans que sa présence se fasse remarquer tout d'abord à l'intérieur du sac. Il est décollé et refoulé au-dessus de l'anneau. Quant à l'appendice, il est coupé après double ligature en chaîne par un fil de soie passé dans son épaisseur avec l'aiguille de Reverdin. Après cette section, je vois que son calibre est béant et relativement important ; je le cautérise avec le thermocautère et l'abandonne dans la plaie, mais en dehors de l'anneau, ce qui se fait naturellement, puisqu'il n'est pas revêtu de péritoine. Le reste comme du côté gauche. Mais l'opération a été longue, plus de trois heures en tout, et le patient est violacé. Le côté gauche se met à saigner du sang veineux avec assez de persistance pour que j'enlève, de ce côté, une partie des sutures, sans, d'ailleurs, trouver de vaisseau à lier. La respiration devient meilleure et le suintement diminue, sans, toutefois, cesser complètement.

Pansement à l'iodoforme et à l'ouate de tourbe mainte-

nue assez fortement par un double spica de bandes de gaze mouillées.

Il faut dire que les suites ne furent pas absolument simples. Il n'y eut, il est vrai, à aucun moment, de réaction péritonéale, mais des deux côtés, un peu de suppuration due à deux causes : 1° Une désinfection probablement incomplète de certains fils de catgut que j'avais été obligé de puiser dans un flacon de commerce, n'en ayant pas d'assez gros préparé dans le service ; 2° Une infection par l'appendice iléo-cœcal. Ma ligature passait évidemment dans le canal perméable et des germes auront filtré le long de la soie ; j'avais eu le tort de n'y plus penser. Ces suppurations ne furent jamais abondantes, mais, aidées par un peu d'épanchement sanguin, un drainage primitivement insuffisant, elles durèrent assez longtemps. Il se déclara des deux côtés une épididymite, qui a laissé des traces persistantes. Sans qu'il y eût de vomissement et bien que l'intestin fonctionnât très normalement, la langue se maintint sèche pendant plus de quinze jours, avec une température de 38° à 38°4 le soir, empêchant une alimentation solide. Je crus devoir aller, vers le quinzième jour, refaire un drainage en arrière, du côté gauche, curer le foyer infectieux de droite. Les incisions nécessaires furent faites dans les cicatrices et se réunirent à nouveau par première intention. D'ailleurs, une fistule stercorale s'était établie à trajet sinueux ; après cette intervention complémentaire, elle persista quelques jours, laissant échapper un peu de matière demi-solide et rarement quelques gaz. Mais, tout rentra rapidement dans l'ordre et la guérison fut bientôt complète.

Je lui fais porter, pour se lever, un double bandage, analogue à celui qu'a imaginé M. Lucas Championnière, c'est-à-dire sans ressorts et appuyant sur l'abdomen, au-dessus du pubis, de manière à ne pas opérer de compression sur la cicatrice. Un suspensoir soutient un scrotum encore très allongé par la longue distension et le poids relativement grand de testicules et d'épididymes enflammés quelque temps. Mais, l'état général est excellent ; il a engraissé et il peut travailler. Le côté gauche se maintient bien, mais

déjà; au bout de trois mois, il y a eu une impulsion manifeste à droite, dans une certaine surface, autour de la cicatrice comme dans l'éventration, plutôt que dans un point limité comme dans une simple récidive de hernie.

OBSERVATION XXVII

DUBAR. — *Volumineuse hernie droite. Cure radicale*

S..., Jean-Baptiste, âgé de 50 ans, lustreur, entre à l'hôpital le 9 janvier 1901, pour se faire opérer d'une hernie.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à 37 ans, d'une maladie indéterminée. Sa mère, encore vivante, a 79 ans et jouit encore d'une excellente santé.

Un frère mort à 47 ans, probablement tuberculeux. Trois sœurs bien portantes. Aucun membre de sa famille n'a eu de hernie, du moins à sa connaissance.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure.

Histoire de la maladie. — En 1870, à la suite d'un effort, il voulait soulever un lourd fardeau pour le mettre sur son épaule ; il sentit une douleur assez vive dans l'aine droite, et, quelque temps après, il s'aperçut qu'il avait une petite tumeur au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, tumeur qui était grosse comme un œuf de poule. Cette tumeur était réductible à la pression. Il mit un bandage, qu'il garda pendant cinq ans. Au bout de ce temps, il supprima son bandage ; la hernie sort à nouveau, grossit peu à peu et descend dans les bourses. S... ne s'en préoccupe pas et continue à travailler sans porter quoi que ce soit pour contenir sa hernie.

Depuis trois ans, elle augmente davantage ; jamais il n'a eu aucun symptôme d'étranglement ; cette hernie ne le fait nullement souffrir ; il est un peu gêné, à cause de son volume, dans ses grands mouvements, mais il n'éprouve aucune douleur. Les digestions sont faciles, les selles normales.

Examen. — Le malade a une volumineuse hernie droite

qui a atteint le volume d'une tête d'adulte. Elle a 60 centimètres de circonférence. La circulation collatérale est très développée. La verge est disparue totalement. On ne voit qu'un simple orifice, aboutissant au gland, que l'on peut mettre en évidence en déprimant le scrotum.

A la palpation, cette tumeur est molle partout, non douloureuse ; l'anneau inguinal doit être très dilaté ; on y peut introduire facilement trois doigts en faisceau. La tumeur est mate dans sa partie supérieure, sonore dans son tiers inférieur. Si on essaie de réduire la hernie, au premier abord, il semble qu'elle est totalement irréductible ; mais, après de patients efforts, on constate que, peu à peu, la tumeur diminue ; puis, si on abandonne la compression, elle augmente immédiatement.

Rien aux autres orifices.

S... est un homme d'une forte corpulence, n'ayant jamais été malade, ne se plaignant de rien.

Rien au poumon.

Rien au cœur.

Foie et rate normaux.

Quelques varices des membres inférieurs, mais peu accentuées. M. Dubar décide, avant d'opérer cette hernie, de faire coucher le malade, les bourses relevées, la tête basse, pour habituer peu à peu l'intestin à rentrer dans l'abdomen.

S... reste couché pendant 15 jours. Chaque matin, M. le professeur Dubar, en faisant sa visite, vient essayer de faire rentrer cette hernie ; peu à peu, on voit la hernie diminuer ; elle perd ainsi au moins le tiers de son volume. Devant cet état de choses, M. Dubar attend encore quelques jours et on décide l'opération pour le 14 février 1901.

On fait une large incision de 20 centimètres environ. La dissection du sac se fait assez facilement, et quand on l'ouvre, on constate qu'il contient tout le gros intestin, ou tout au moins une très grande partie (cœcum, appendice, colon ascendant, colon transverse), de nombreuses anses d'intestin grêle et tout le grand épiploon. On résèque tout l'épiploon et on essaie ensuite de réduire l'intestin. La réduction est difficile ; on met le malade dans la position de Trendelenburg, et après de nombreux efforts, on arrive enfin à ré-

duire toute la masse intestinale. Tout le sac est réséqué. On suture ensuite l'aponévrose du grand oblique à l'arcade Fallope par cinq points de suture en V et on réduit le plus possible le canal inguinal.

On draine largement la plaie et on ferme au crin de Florence.

Pendant les quelques jours qui suivent l'opération, la température monte un peu le soir : 37°4, le matin ; 37°8, 37°9 et même 38° le soir ; le malade se plaint d'avoir une sensation d'angoisse précordiale. En effet, il est pâle ; les traits sont tirés, les yeux excavés, le pouls est assez rapide, 90 à 95 pulsations à la minute, mais il est mal frappé. A l'auscultation, les battements du cœur sont mous et irréguliers, pas de bruits surajoutés. Rien à la poitrine, pas de congestion pulmonaire.

Dans l'abdomen, un peu de douleur à la pression, mais pas de points spécialement douloureux. Du côté de la plaie, un peu de réaction superficielle due à ce que le malade, en urinant, souille constamment son pansement, mais pas de suppuration : rien qui puisse expliquer ces troubles de l'état général.

M. Dubar fait mettre de la glace sur le ventre et donne 25 centigrammes de caféine pour soutenir la défaillance du cœur. Au bout d'une semaine, tout rentre dans l'ordre : la plaie se guérit par première intention. On fabrique au malade un bandage à large pelote qui vient appuyer sur la plaie cicatrisée et le malade sort guéri au bout de cinq semaines.

S... a été revu le 2 mai 1906, c'est-à-dire cinq ans après son opération : la guérison s'est maintenue ; l'anneau inguinal est complètement refermé, c'est à peine si l'on peut y introduire le bout de l'index ; les bourses sont revenues à leur état normal. S... a repris son métier. On peut donc dire que la guérison est complète.

OBSERVATION XXVIII

JABOULAY. — *Lyon médical*, 1903, vol. 101, page 302

Volumineuse hernie du cœcum datant de 16 ans; cure radicale

M. VIANNAY, prosecteur à la Faculté, présente un malade opéré, il y a un mois, par M. le professeur JABOULAY, pour une volumineuse hernie inguino-scrotale droite datant de seize ans.

Le malade, âgé actuellement de 53 ans, commença, vers le début de 1887, à éprouver, à l'occasion des efforts, une sensation de piqûre dans la région inguinale droite. Au bout d'un an, il remarqua en ce point une petite grosseur du volume d'une noisette ; après encore un an, la hernie avait atteint le volume d'un citron.

Il mit alors un bandage qui contenait mal sa hernie et qu'il abandonna au bout d'un mois. Laissée à elle-même, la hernie augmenta progressivement.

En 1892, se produisirent, à plusieurs reprises, des phénomènes d'étranglement assez passagers et qui cédèrent à un taxis modéré. En 1895, l'intestin commença à perdre droit de domicile dans l'abdomen, la hernie cessa de rentrer le soir dans le décubitus dorsal.

Vers cette époque, le malade, qui est charron à St-Jean-de-Bournay (Isère), étant allé réparer la voiture du docteur BERNE, retiré près de Saint-Jean-de-Bournay, montra sa hernie au professeur lyonnais, qui déconseilla l'opération. Aussi, cet homme conserva-t-il son infirmité, qui ne l'empêcha pas d'exercer tant bien que mal son métier de charron, jusqu'à ces derniers temps.

Cependant, la hernie était devenue de plus en plus volumineuse et, depuis quelque temps, douloureuse. Des phénomènes d'engouement se produisirent et le docteur CAILLAT posa nettement l'indication opératoire.

Il envoya le malade à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il entre à la clinique du professeur JABOULAY.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la hernie avait le volume

d'une grosse tête d'adulte et aplatissait le testicule contre le scrotum, énormément distendu.

Irréductibilité absolue, sonorité dans les deux tiers supérieurs de la tumeur, matité et sensation de flot dans le tiers inférieur.

Opération, le 24 juin. — M. Jaboulay fait d'emblée une **large hernio-laparotomie** en incisant jusqu'au péritoine exclusivement. L'anneau inguinal étant incisé largement, on réduit le contenu du sac sans ouvrir celui-ci. La réduction étant à peu près complète, le sac est incisé. On aperçoit alors, dans le collet élargi, le cœcum et son appendice avec leurs franges épiploïques œdématiées qui viennent de rentrer les derniers dans le ventre et qui sont retenus au collet du sac par « l'adhérence charnue naturelle de Scarpa ».

Ligature et dissection du sac. Suture de la paroi au moyen de tendons de Renne et de la peau au crin de Florence.

Un drain fut placé dans la vaste cavité laissée par la cure de la hernie dans le scrotum distendu.

Cette précaution ne fut pas de trop, car dans ce grand espace mort, il se fit une exhalation séro-hématique qui n'est pas résorbée encore complètement et qui a même donné quelques gouttes de pus. Il n'y eut pas, en tous cas, comme on l'observe parfois à la suite de la dissection de ces vieux sacs herniaires remplissant le scrotum, de sphacèle des parois scrotales.

Le malade peut être considéré, aujourd'hui, comme complètement guéri.

Deux choses surtout sont intéressantes dans cette observation :

1° Le succès complet obtenu par la cure radicale de cette volumineuse hernie, depuis longtemps irréductible et jugée inopérable, il y a 8 ans.

2° Une particularité de la technique opératoire adoptée par M. Jaboulay, consistant en ce que la plus grande partie des manœuvres demeurèrent **extra-péritonéales** et se passèrent **en dehors du sac** qui fut incisé tardivement.

OBSERVATION XXIX

Dubar. — *Énorme hernie inguino-scrotale. Cure radicale*

D..., Désiré, 49 ans, typographe, entre à l'hôpital pour se faire opérer d'une hernie inguinale, le 8 février 1905.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à 70 ans, de maladie inconnue ; il avait une très grosse hernie qu'il n'avait jamais fait soigner et pour laquelle il ne portait aucun moyen de contention.

Mère morte d'un cancer d'estomac, à 58 ans : elle n'avait jamais eu de hernie.

Cinq sœurs toutes bien portantes.

Deux frères, qui tous deux sont hernieux ; l'un, avec qui demeure notre malade, a une hernie inguinale qu'il contient par un bandage ; l'autre avait, lui aussi, une hernie, mais il est disparu et on ne peut savoir dans quel état il se trouve actuellement.

Antécédents personnels. — D... n'a jamais été malade. Il s'est aperçu qu'il avait une hernie inguinale gauche en 1890. Au début, elle rentrait facilement et il alla trouver un orthopédiste ; il lui fabriqua un bandage qui ne lui allait pas et sa hernie sortait quand même. D'abord grosse comme un œuf de poule, elle a, peu à peu, grossi et a atteint les grandes dimensions que l'on peut aujourd'hui constater.

Cette hernie ne le gênait pas pour travailler ; cependant, peu à peu, le volume de la hernie augmentant, la marche devient plus difficile, le malade est obligé de marcher les jambes écartées. L'appétit est bon, les digestions faciles, la constipation est fréquente ; mais, depuis que cette hernie grossit démesurément, elle devient le siège de douleurs que le malade compare à des coliques : ces douleurs sont quelquefois assez violentes pour l'obliger à s'aliter. Cependant, il n'y a jamais eu de signes d'étranglement.

Voyant sa hernie constamment grossir, D... entre à l'hôpital pour se faire opérer.

Examen du malade. — D... a une énorme hernie inguino-

scrotale gauche, plus grosse qu'une tête d'adulte ; elle lui descend jusqu'aux genoux et mesure 60 centimètres de circonférence et trente centimètres de hauteur. La verge est complètement disparue dans le scrotum ; l'urine, lorsque le malade a une miction, s'écoule en bavant par un orifice ressemblant à un ombilic et coule sur la peau des bourses.

La hernie est sonore dans toute sa moitié externe, mate dans la plus grande partie de sa portion interne.

L'anneau inguinal est entièrement dilaté .

M. Dubar tente de la faire rentrer, mais la réduction est, en ce moment, totalement impossible.

Il n'y a pas de hernie aux autres orifices.

Le malade est de taille au-dessous de la moyenne ; la face est bouffie, les lèvres sont épaissies, il est presque imberbe, le corps thyroïde est atrophié : c'est un hypothyroïdien.

Le foie est normal.

Le rein paraît être à sa place.

Le malade est emphysémateux, mais n'a que des lésions peu accentuées.

Le cœur est normal.

M. le professeur Dubar cherche à réduire, tout d'abord, le volume de cette hernie. Pour cela, pendant un mois, le malade est couché, le bassin élevé, et tous les jours, on essaie par de douces pressions dirigées de l'extrémité de la hernie vers le canal inguinal, de faire rentrer la masse intestinale. Au bout de ce temps, on obtint une réduction de la tumeur d'environ un quart. Il fut alors démontré qu'on ne pourrait pas obtenir davantage (on avait profité de ce laps de temps pour donner des pastilles de thyroïdine au malade).

Le cœur étant en bon état, les urines ne présentant rien d'anormal : on décide l'opération pour le 14 mars.

M. Dubar pensant que, selon toute probabilité, une partie d'intestin avait glissé avec son méso, procède à l'ouverture du sac avec la plus grande circonspection. L'incision fut faite sur le côté interne, là où il y avait matité ; on arrive sur un épiploon adhérent ; on supprime ces adhérences , presque tout l'épiploon se trouve dans la hernie ; on en résèque une grande partie, environ les deux tiers. On

constate alors qu'il existe dans le côté externe de la hernie, une grande portion du gros intestin formée par une partie de l'S. iliaque, tout le colon descendant, une partie du colon transverse qui avait glissé avec le péritoine et dont les mésos étaient étalés. Il en résultait donc qu'une certaine portion d'intestin affleurait dans le sac, non recouverte en arrière par le péritoine. Lorsque l'on veut disséquer l'intestin, dans ce cas, le détacher de ces « adhérences charnues naturelles », on rencontre de très gros vaisseaux que l'on est obligé de lier, mais alors, la vitalité de l'intestin est compromise. On libère l'intestin par en bas et sur les côtés jusqu'aux limites du péritoine. Quelques pressions démontrent que la réduction est impossible, bien que l'on ait débridé jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal ; les différents plans de la paroi abdominale, peau, tissu cellulaire, aponévrose et fibres musculaires du grand oblique, petit oblique et transverse sont sectionnés jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal ; il est alors possible par des pressions douces, méthodiques, de réduire complètement l'intestin dans le ventre.

On suture, par un surjet, le différents plans de la paroi ; on ferme le canal inguinal, ne laissant qu'un petit orifice par où passe le cordon ; on suture la peau et on fait un pansement bien compressif au niveau de la suture. Le malade est reporté dans son lit, où on lui fait une légère élévation du siège. (Deux briques sont mises sous les pieds du lit du malade, de façon à ce que la tête soit plus basse que les pieds.)

Le malade resta presque deux mois complets au lit. Il sort de l'hôpital le 10 mai 1905, avec une ceinture à large pelote venant consolider la cicatrice, et un suspensoir pour soutenir la peau du scrotum qui est encore énorme.

Le malade a été revu le 22 mai 1906, c'est-à-dire plus d'un an après son opération. Depuis quatre mois, il a supprimé sa ceinture. Les bourses sont encore d'un volume respectable, mais sont, cependant, considérablement diminuées ; il n'y a plus aucune trace de hernie. L'anneau inguinal est resté bien fermé ; la constipation opiniâtre est disparue, les selles sont normales et régulières.

OBSERVATION XXX

Dr Butruille, *chirurgien de l'hôpital de Roubaix*. — *Hernie inguinale double volumineuse*

S..., Gustave, 45 ans, fileur, entre à l'hôpital pour se faire opérer d'une hernie inguinale double volumineuse. Son père est fileur, est âgé de 66 ans, bien portant et n'a pas de hernie. Sa mère a 65 ans, et souffre d'un ulcère variqueux de la jambe droite.

S... G., n'a pas eu de maladie jusqu'en 1898 ; à cette époque, il fait la fièvre thyphoïde sans complication.

A l'âge de 30 ans, il s'aperçoit qu'il a une hernie à gauche; elle lui arriva en travaillant, sans effort spécial, sans douleur. Elle avait alors la grosseur d'une cerise ; petit à petit, son volume augmenta et elle devint scrotale. Le malade, ne souffrant pas de la hernie, ne s'en inquiéta jamais et ne porta pas de bandage. A 36 ans, une autre hernie apparaît à droite, également sans raison, qui, peu à peu, acquiert, elle aussi, un certain volume. Le malade ne porte pas de bandage et est très peu gêné par ces hernies pour travailler.

Depuis ces derniers temps, le malade souffrait de ses hernies. Son appétit était bon, mais quelques heures après ses repas, des douleurs, qu'il a été impossible de lui faire définir exactement, le tourmentaient, et, lorsque se produisait un certain gargouillement dans ses bourses, il devait aller à la selle. Après la défécation, toute douleur avait disparu.

A l'examen du malade, on constate une double hernie volumineuse descendant à gauche jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Elle a vingt-quatre centimètres de haut sur vingt centimètres de large. A la percussion, la hernie droite est sonore dans toute son étendue ; à gauche, on a une zone de matité dans la moitié inférieure de la tumeur. Les anneaux inguinaux sont agrandis, lâches ; **si on essaie de faire rentrer la hernie, on y arrive à peu près, mais**

aussitôt la hernie se reproduit, glissant, pour ainsi dire, entre les doigts.

Jamais le malade n'a eu de phénomène d'occlusion.

L'abdomen est aplati. Rien à noter au poumon, pas de bronchite, ni d'emphysème, rien au cœur.

Le foie est abaissé. Le rein droit l'a suivi, lui aussi, dans son déplacement. Le rein gauche est à sa place. On opère le malade le 14 avril 1906.

Hernie gauche. — Incision classique ; dissociation assez difficile du sac d'avec le cordon ; le sac est suturé, réséqué et fixé suivant le procédé de Barker, ensuite on refait la paroi suivant le procédé de Villar.

Durée de l'opération : 30 minutes.

Hernie droite. — Sac énorme, très friable, très difficile à disséquer. On sectionne les éléments du cordon suivant la conduite de Lucas Championnière dans certains cas semblables ; une grosse masse épiploïque est réséquée et on termine l'opération comme on l'a fait pour la hernie précédente.

Durée de l'opération : 1 heure 15 minutes.

On suture et on draine.

Après l'opération, les bourses se sont œdématiées, les testicules se sont gonflés et sont devenus douloureux. Localement, la plaie a suppuré superficiellement. Pansements quotidiens à l'eau oxygénée.

Le 25 avril, la plaie se guérissait, lorsque le malade fut pris d'un grand frisson, d'un point de côté violent. Le lendemain, on diagnostiqua une pneumonie, qui évolua normalement en dix jours. Il est à noter que le malade eut de nombreuses quintes de toux sans qu'il ait eu la moindre apparence de récidive.

Gustave S... sort guéri de l'hôpital le 11 mai 1906.

OBSERVATION XXXI
Inédite

Dr Franchomme. — *Volumineuse hernie inguinale droite Cure radicale. Guérison*

Homme de 54 ans. Cultivateur très vigoureux, très bien portant, ayant une hernie inguinale droite volumineuse datant de quatre ans. Le diamètre antéro-postérieur mesure quarante centimètres et le diamètre transversal trente centimètres.

Après purgation, le malade est opéré, en 1902, à Lille, par le docteur Franchomme, suivant la méthode ordinaire. La dissection du sac est facile. La hernie est constituée par de l'intestin grêle et un peu d'épiploon. La réduction est facile. Réunion par première intention.

Pendant six mois, l'opéré porte un petit bandage à pelote allongée et à ressort souple ; il peut aller et venir sans souffrir. Rassuré sur le résultat définitif de la cure radicale, il reprend son travail ordinaire de cultivateur.

Au bout de peu de temps, récidive ; le malade est perdu de vue.

OBSERVATION XXXII
Inédite

Dr A. Delassus. — *Hernie inguinale énorme gauche. Hernie inguinale moyenne droite. Cure radicale. Guérison*

Homme de 60 ans, cultivateur, est atteint d'une double hernie inguinale depuis plusieurs années ; il portait un bandage, au début de son affection, et le délaisse par la suite. A gauche, la hernie devient énorme et est de la grosseur d'une tête d'enfant ; la hernie droite est de la grosseur du poing.

Opération en mai 1908.

Hernie gauche. — M. le professeur Delassus fait une incision de la peau de 15 centimètres ; il tombe facilement sur le sac, qu'il dissèque sans trop de peine, sans l'ouvrir. Beaucoup d'intestin ; pas d'épiploon ; quatre fils sur le pédicule. Pour reconstituer la paroi, le chirurgien fait deux plans de suture comprenant chacun **quatre fils d'argent** ; agrafes de Michel pour la peau.

Hernie droite. — Nous opérons nous-même la hernie droite suivant la même méthode, mais en remplaçant les fils d'argent par des catguts, en raison de la grosseur moins grande de la hernie.

Les suites opératoires ont été bonnes. La hernie gauche a guéri par première intention, sans aucune réaction. A droite, le catgut a donné une très légère suppuration terminée en trois jours.

Technique opératoire de Duret.

Soins préliminaires. — Avant d'opérer les grosses hernies, il faut recommander le **repos au lit,** sans oreiller, et même, le bassin légèrement soulevé décongestionne la hernie, diminue sa tension, assouplit le tissu cellulaire périherniaire et facilite beaucoup la rentrée de la masse intestinale.

Les purgatifs répétés évacuent le contenu de l'intestin, réduisent le volume des anses. **La diète** agit de la même manière. Il convient aussi de faire de la **compression,** soit à l'aide d'un pansement, soit à l'aide d'un suspensoir, que l'on peut, de plus en plus, garnir d'ouate à mesure que la hernie rentre. Les anciens mettaient deux lames de plomb, qui, par leur malléabilité, pouvaient prendre la forme de la tumeur, et qui, par leur poids, faisaient une sorte de compression continue. Tous les jours, on fera **des séances de taxis** pour arriver à faire rentrer peu à peu les anses intestinales et à donner à la cavité péritonéale la capacité qu'elle avait primitivement.

Pendant combien de temps faut-il prolonger ces soins préliminaires ?

Malgaigne fit rentrer la hernie de son malade au bout de dix-sept jours. Thiry mit deux mois et demi pour arriver au même résultat. Mais, il n'est pas nécessaire d'avoir une réduction complète pour tenter l'opération. Dubar n'attend généralement que quatre semaines.

Ainsi, les diamètres de la tumeur deviendront de plus en plus petits, la cavité abdominale reprendra ses dimensions normales et l'opération deviendra plus facile.

Pauchet, d'Amiens, recommande, chez les obèses, le jeûne, qui supprime l'infiltration graisseuse du tissu cellulaire sous-péritonéal, de l'épiploon, du mésentère, qui augmente le volume des viscères abdominaux et diminue la capacité du ventre par l'épaississement des parois ; de plus, le jeûne augmente la résistance du sujet en mettant au repos le foie et les reins, surtout si on les lave **à grande eau par des boissons**. Pauchet fait boire deux litres par vingt-quatre heures (tisane, eau, limonade). « Si le malade désire circuler et s'occuper, il a droit à une salade nature à midi et à une pomme, matin et soir, ou bien à quatre ou cinq oranges par vingt-quatre heures. Le malade sera purgé l'avant-veille ; la veille, il prendra un grand bain et on lui fera un pansement antiseptique qu'il conservera jusqu'à l'opération. »

Cure radicale. — Une fois le malade endormi et toutes les précautions aseptiques et antiseptiques étant prises, on fait une incision descendant plus bas que la racine des bourses et remontant en haut, plus haut que l'orifice interne du canal inguinal. On arrive ensuite sur l'aponévrose et sur les fibres du grand oblique. On les

incise l'un et l'autre, ainsi que le petit oblique et le transverse : on fait ainsi une **hernio-laparotomie. On dissèque** ensuite le sac entièrement et on remonte jusqu'à la graisse sous-péritonéale. **On ouvre** le sac vers l'extrémité inférieure avec beaucoup de précaution, de façon à ne pas blesser l'intestin qui peut être adhérent à ce niveau. L'ouverture étant faite, on place quelques pinces tout autour et on les confie à l'aide.

On en vient alors à **la réduction du contenu** de la hernie, un des temps les plus difficiles. Il importe que le malade dorme parfaitement et qu'il soit mis en position de Trendelenburg. Si l'épiploon est adhérent, il faut le libérer de ses adhérences ; s'il est sain, il faut le rentrer dans le ventre ; le plus souvent il est chroniquement enflammé : on le réséquera alors par une série de ligatures en chaîne. On cherche alors à réduire l'intestin ; afin de mener à bien cette manœuvre, M. le professeur Duret emploie **de grandes compresses avec lesquelles il enveloppe les anses intestinales et qu'il pousse dans le ventre avec l'intestin sans les perdre de vue. Chaque fois qu'il parvient à rentrer quelques anses intestinales, il applique une seconde compresse par-dessus, cherchant à leur faire jouer le rôle de tampon et à diminuer la grandeur de l'anneau inguinal.** Si, malgré ces manœuvres, on ne parvient pas à réduire l'intestin, ce qui nous paraît exceptionnel, on pourrait réséquer quelques anses intestinales, comme le fit Monprofit. (Obs. 22).

On fera ensuite plusieurs ligatures en chaîne sur le collet du sac, on le réséquera et le pédicule rentrera de lui-même dans le ventre. Les ligatures de catgut, posées sur le collet du sac proprement dit, laissent ouverte en

dehors la portion du péritoine qui a été largement incisée. On y fait une suture continue au catgut comme dans les laparotomies ordinaires ; ainsi se trouve fermée la cavité péritonéale.

Par-dessus celle-ci, on fait une seconde suture au catgut des muscles et des aponévroses comprenant la plus grande épaisseur possible de ces parties. C'est là un **premier bâtis,** comme le pratiquent souvent les couturières. C'est par-dessus et à travers lui qu'on fait ensuite une série de 10 à 12 sutures **à la soie forte parfaitement stérilisée et à points séparés.** On a ainsi une fermeture de la paroi abdominale très solide, très résistante et qui ne cède pas les jours suivants, comme cela arrive fréquemment aux points où le catgut seul est employé. Les piliers de l'anneau externe sont particulièrement serrés par 3 ou 4 points spéciaux à la soie, de manière à ne laisser qu'un étroit passage aux éléments du cordon.

La peau est suturée au crin de Florence et un gros drain est placé entre la peau et les plans musculo-aponévrotiques.

M. le Professeur Duret n'emploie jamais le Bassini et ne pratique pas la castration, comme certains le conseillent, pour fermer complètement le canal inguinal. Il ne résèque pas non plus en partie la peau du scrotum, car les bourses reprennent vite leur volume presque normal.

Enfin, on fera un pansement aseptique **légèrement compressif,** afin de permettre aux liquides transsudés de se résorber plus facilement et pour maintenir en contact les parties nouvellement suturées. Le malade gardera le lit pendant un mois.

Soins consécutifs. — Après l'opération, l'engraissement du sujet doit être évité. En effet, il est au premier rang des causes qui peuvent amener la récidive par l'infiltration graisseuse de la paroi. Une hygiène attentive peut empêcher d'une manière importante les récidives après la cure radicale. La progression dans l'exercice après l'opération de la cure radicale est un point de la plus haute importance pour arriver à une solidité définitive permettant la résistance aux exercices violents.

Le malade devra porter un **bandage après l'opération** : Segond considère que c'est là une règle formelle et absolue. Le bandage pourra n'être que léger, ce qui réalise un progrès énorme sur les appareils de force que nécessitent ces hernies avant d'être opérées.

Nous relatons ici l'observation d'un malade opéré par M. le Professeur Duret, qui succomba le lendemain de l'intervention par insuffisance cardiaque et rénale. Il s'agissait d'un obèse qui ne voulut pas s'astreindre aux soins préliminaires que nous conseillons avant la cure radicale de toute hernie volumineuse.

OBSERVATION XXXIII
Inédite

H. Duret. — *Double hernie inguino-scrotale volumineuse. Cure radicale, Hernio-laparotomie d'un côté*

P. B..., 60 ans, vient consulter M. le professeur Duret, le 13 septembre 1908, pour se faire opérer d'une double hernie inguino-scrotale volumineuse.

Rien dans les antécédents héréditaires et personnels. Le sujet est bien portant, assez robuste, obèse. Sa double

hernie est apparue, il y a treize ans, et fut complètement négligée. P. B... a pu, sans jamais porter de bandage, vaquer à ses occupations de professeur de philosophie et de missionnaire. Au début, les hernies rentrent facilement ; mais elles grossissent peu à peu et arrivent à atteindre les grandes dimensions que nous constatons. Le volume augmentant sans cesse, la marche devient difficile et le malade est obligé de marcher les jambes écartées ; de plus, la miction devient génante.

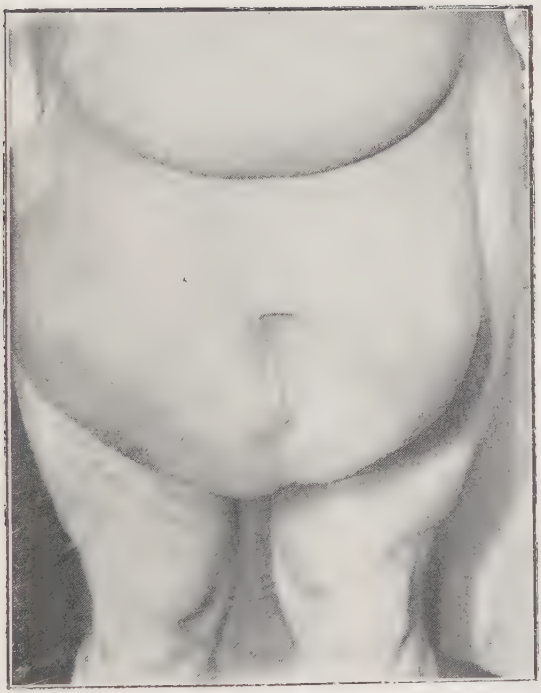
Examen du malade. — P. B... est porteur d'une double hernie inguino-scrotale volumineuse ; il est impossible de rentrer les intestins ; le ventre est plat et les anses intestinales « ont perdu droit de domicile ». Cette double hernie mesure soixante-dix centimètres de circonférence dans le sens horizontal ; le diamètre antéro-postérieur est de quarante-cinq centimètres. La verge a complètement disparu dans le scrotum. Au moment des mictions, l'urine s'écoule en bavant sur les bourses par un orifice en forme d'ombilic.

Les anneaux inguinaux sont très dilatés. L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal. Le sujet est fatigué par ses occupations pénibles.

M. le professeur Duret ne cache pas à son malade que l'opération sera très laborieuse et qu'avant de la tenter un repos d'un mois serait nécessaire. P. B... dit que son affection est pour lui une véritable infirmité et qu'il tient à en être débarrassé le plus vite possible.

Devant cette insistance, M. le professeur Duret décide que l'opération aura lieu le 16 septembre 1908. Le malade est préparé comme de coutume par un purgatif et un bain. M. Duret se fait assister du docteur Dominique Augier et nous donnons le chloroforme.

Le chirurgien fait selon l'axe oblique de dehors en dedans de la tumeur une incision de quarante centimètres (hernio-laparotomie), comprenant la peau de l'abdomen, le scrotum, l'aponévrose du grand oblique et les muscles de l'abdomen. L'ouverture du sac est facile. Le taxis est tenté, mais sans succès, en raison du grand volume de la hernie ; nous nous trouvons, en effet, en présence d'une



Cliché dû à l'amabilité du Dr D. Augier

grande partie de l'intestin grêle, de l'épiploon et du colon ascendant. A mesure que l'on tente de les rentrer, les anses intestinales ressortent, « ayant perdu droit de domicile ». **M. le professeur Duret enveloppe alors de grandes compresses la masse intestinale. Leur pourtour est introduit dans l'abdomen et leur plein est utilisé pour repousser les anses intestinales dans la cavité abdominale ; en même temps, chaque fois qu'il a pu faire rentrer une partie du paquet intestinal avec une autre compresse comme tampon, il ferme l'anneau inguinal.** Ces manœuvres sont tentées pendant une demi-heure sans résultat ; on transporte alors le malade sur une table à renversement.

Le chloroforme, qui était difficile, devient alors plus facile ; le malade respire mieux et est moins pâle. Le chirurgien tente de nouveau de réduire l'intestin avec les grandes compresses et y parvient enfin après un quart d'heure de travail. Le sac herniaire est séparé des parties avoisinantes, disséqué et réséqué au niveau de l'anneau inguinal. On procède ensuite à la réfection de la paroi abdominale. Le péritoine est suturé au catgut ; les muscles et l'aponévrose du grand oblique au catgut, puis à la soie forte et bien stérilisée, comme nous l'avons indiqué précédemment. La peau est suturée au crin de Florence et on place un gros drain. Après cette intervention longue et laborieuse, le pouls fléchit un peu, nous faisons 1 cent. cube d'huile camphrée et la cure radicale de la hernie droite est ajournée.

Le soir, la température est 36°6 ; le pouls bat à 90° ; 1 cent. cube de morphine ; nuit bonne.

17 septembre. — T. M. : 36. P. M. : 130. 2 cent. cube d'huile camphrée. Le pansement est renouvelé et est remplacé par un pansement humide ; le pouls étant fréquent, on met de la glace sur le ventre ; le malade se sent bien.

A trois heures de l'après-midi, le pouls est à 160 ; le malade se sent moins bien et son état général s'altère ; dyspnée ; P. B... se plaint du cœur ; l'auscultation nous fait entendre des battements sourds et précipités.

A cinq heures, le malade va encore moins bien ; M. le professeur Duret décide alors de faire sauter les

points de suture pour voir s'il ne trouvera pas dans le ventre l'explication de ce mauvais état.

A six heures, la plaie est ouverte sur une étendue de dix centimètres, sans chloroforme ; le chirurgien examine la cavité abdominale, fait l'aspiration et ne voit aucune trace de liquide et aucune menace d'abcès ; il place trois gros drains dans le ventre et fait un pansement humide ; glace sur le ventre ; 2 cent. cubes d'huile camphrée et 500 gr. de serum de Hayem (1).

A neuf heures, on perçoit à peine le pouls ; M. le professeur DURET revoit son malade ; **celui-ci n'urine pas ; nous le sondons et ne recueillons que quelques gouttes d'urine ;** 2. cent. cubes d'huile camphrée ; deux sinapismes sur les reins ; trois vessies de glace sur le ventre ; 500 grammes de sérum de Hayem.

A dix heures, le cœur ne réagissant pas sous l'influence de l'huile camphrée, nous injectons 1 cent. cube de la solution ordinaire de caféïne.

Le malade sommeille, mais ne souffre pas ; il se trouve très bien et se croit en bonne voie de guérison ; toujours dyspnée.

A onze heures, le pouls est imperceptible ; le malade cause gaiement avec l'entourage.

Le 18 septembre, à une heure du matin, mort en pleine connaissance.

---

(1) Nous apprenons à ce moment par un ami du malade que celui-ci aurait eu autrefois un peu d'albumine. A cette question posée à ce sujet par M. le professeur Duret, P. B... nia absolument avoir eu de l'albumine ou du sucre dans ses urines, qui auraient été examinées à ce sujet. Devant cette affirmation un nouvel examen avait paru inutile au chirurgien.

HERNIES CRURALES

Il est très rare d'observer des hernies crurales atteignant le volume de celles dont nous avons relaté l'observation, plus rare encore d'avoir à leur faire subir la cure radicale.

Loumeau, dans sa thèse sur les **Variétés rares de la hernie crurale,** s'exprime ainsi : « Il est rare d'observer par l'anneau crural ces hernies énormes que l'on rencontre si fréquemment à la région inguinale et qui constituent pour les malades une infirmité incurable ».

Comme pour les hernies inguinales, notre intention n'est pas de citer tous les procédés imaginés pour la cure radicale des hernies crurales ; nous nous bornerons seulement à énumérer les méthodes employées spécialement dans le cas de hernie crurale volumineuse.

1° Procédé de Salzer.

On taille un lambeau carré comprenant l'aponévrose du pectiné et quelques fibres du muscle ; on le relève autour de sa base qui correspond à la crête pectinéale et on suture son libre à l'arcade crurale.

2° Procédé de Schwartz (de Paris).

Schwartz a eu à opérer une énorme hernie crurale chez un charretier de 56 ans, qui portait une double hernie ; celle du côté gauche descendait jusqu'à mi-cuisse ; l'anneau herniaire était extrêmement large et rendait la contention fort difficile. Schwartz pratiqua la cure radicale. Après avoir isolé et réséqué le sac, il ouvrit la gaine du moyen adducteur qui constituait le relief in-

terne de l'énorme fosse qui comblait la hernie, il disséqua de ce muscle un lambeau de 6 centimètres, qu'il détacha pour venir l'appliquer, en le laissant adhérent par son pédicule supérieur, contre l'anneau crural effondré. Il fut suturé en haut à l'arcade crurale, en bas à l'aponévrose du pectiné, en dedans à la gaine des vaisseaux par quelques points de suture à la soie fine. Sutures profondes et superficielles ; réunion sans drainage. Le malade guérit et sortit de l'hôpital au bout de trois semaines avec une paroi solide au niveau du trajet crural contrastant avec la faiblesse de la paroi abdominale.

3° Procédé de De Garay.

De Garay emprunte un lambeau au couturier. Il pratique une incision longitudinale le long du bord interne du muscle ; il le divise en deux moitiés ; il sectionne perpendiculairement la moitié interne, de manière à obtenir un lambeau interne longitudinal. Il suture l'extrémité interne du lambeau à l'arcade crurale, au ligament de Gimbernat, au pectiné.

4° Procédé de Trendelenburg.

Il fait une incision en L, extirpe le sac et coupe les insertions des muscles droits de l'abdomen à la partie horizontale du pubis. Il fait de même pour les fibres du droit interne, du grand adducteur le long de la branche descendante du pubis. Puis, à l'aide d'un ciseau, il détache un lambeau ostéo-périostique d'une longueur de 2 centimètres, d'une épaisseur de quelques millimètres, de taille suffisante pour se placer dans le vide laissé par la hernie. Ce lambeau est renversé de façon

que sa face sanglante regarde en avant. Sa base se fracture, il ne reste plus que son périoste en continuité avec le pubis. Ce lambeau est fixé au ligament de Fallope à l'aide de points de suture au catgut.

5° Procédé de Poulet.

Poulet taille un lambeau fibro-périostique pris sur le pubis et l'aponévrose du moyen adducteur et obture ainsi le trajet herniaire.

6° Procédé de Sprengel (de Brunswick).

Dans les hernies crurales volumineuses anciennes ou récidivées, Sprengel ferme l'orifice interne du canal crural par le ventre. Il met d'abord le sac à nu, le libère, le débarrasse de son contenu. Puis, il fait une laparotomie, en passant par le muscle droit et invagine le sac dans la cavité abdominale. Il enroule fortement le sac et le fixe devant l'orifice inguinal interne en y suturant le ligament rond.

7° Procédé de De Roubaix.

Le canal crural dilaté chez la femme est oblitéré avec des plaques de gutta-percha : c'est l'autoplastoraphie.

8° Procédé de Duret.

Longue incision verticale, un peu oblique, suivant l'axe de la tumeur, remontant en haut jusqu'à l'épine iliaque. L'anneau crural est largement ouvert, l'arcade de Fallope est sectionnée, ainsi que la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade, dans l'étendue de 4 à 5 travers de doigt, suivant le volume de la hernie ; M. le Professeur Duret fait ainsi une véritable **hernio-laparotomie.** La réduction est alors facile ; on oblitère mo-

mentanément l'orifice abdominal avec une compresse en tampon ; puis, le sac, séparé des parties voisines, disséqué, est réséqué au voisinage de l'anneau crural. Il faut alors **refaire la paroi abdominale et l'arcade crurale incisée** dans nos deux observations sur une longueur de 15 centimètres. A cet effet, au-dessus et au niveau de l'arcade de Fallope, on ferme le péritoine par une suture continue au catgut jusqu'au-dessous de l'arcade. Par des sutures au catgut échelonnées de haut en bas, **à points séparés et sur deux ou plusieurs plans,** on transforme toute la cavité formée par le sac, préalablement extirpé, **en une sorte de gouttière** que les plans superposés de catgut rendent de plus en plus étroite, jusqu'à laisser à peine passage à un drain du volume d'un manche de porte-plume. L'arcade crurale est aussi abaissée, ainsi que le ligament de Gimbernat, et on les fixe à l'aponévrose crurale et pectinée.

Quand **le bâtis** fait au catgut **est aussi parfait que possible,** M. le Professeur Duret le consolide dans toute sa hauteur par huit ou dix sutures séparées à la **soie forte, bien stérilisée.** La peau est suturée au crin de Florence et un pansement légèrement compressif est appliqué sur la plaie.

Nous donnons ci-dessous les observations des deux malades opérés par notre maître M. le Professeur Duret.

OBSERVATION XXXIV

H. Duret.—*Hernie crurale du volume d'une tête chez un homme. Le cœcum, le colon ascendant, 1 mètre d'intestin grêle et une masse épiploïque la constituent. Hernio-laparotomie pour cure radicale, guérison* (1)

Marc..., Jean, 57 ans, journalier, ancien métallurgiste à Hautmont, où il fait un travail pénible, a vu la tumeur qu'il porte dans la région inguino-crurale débuter, il y a vingt-deux ans.

Elle a subi une augmentation progressive, surtout depuis deux ans.

Il s'agit d'une hernie du volume d'une tête d'enfant, mesurant dix-sept centimètres dans son diamètre transversal et seize dans le vertical, avec une circonférence de trente-sept centimètres.

L'aspect général est celui d'une sphère un peu aplatie.

Elle commence en haut au-dessus de l'arcade de Fallope, sur laquelle elle empiète un peu ; elle recouvre tout le triangle de Scarpa et descend jusqu'à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la cuisse. En dehors, elle s'avance jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, et en dedans, elle confine à la verge.

La largeur de son pédicule est de douze centimètres dans tous les sens.

A sa surface, la peau présente une cicatrice plate déterminée par les pressions d'un bandage concave dont il fait usage ; elle est mince et souple en haut, plus épaisse à la partie inférieure, où elle présente un réseau veineux à larges mailles ; en dedans, elle est revêtue de poils se continuant avec ceux du pubis.

A la percussion, la tumeur a une sonorité tympanique ; elle présente du gargouillement, de l'impulsion à la toux, etc.

La réduction totale est impossible ; c'est à peine si on peut faire rentrer un tiers de la masse.

(1) *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1908. n° 6.

Elle est mobile de bas en haut et peut être renversée en partie sur le ventre ; sa cavité paraît occupée par des anses intestinales distendues, et à la palpation, on ne trouve pas de traces bien nettes de la présence de l'épiploon.

Testicules normaux. Le canal inguinal est élargi, mais libre, et aucune anse intestinale ne s'y engage sous l'impulsion de la toux.

Pas de troubles digestifs.

Diagnostic : grosse hernie crurale à contenu intestinal. Opération par M. le professeur Duret, le 25 octobre 1907.

L'opérateur fait, selon l'axe oblique, de dehors en dedans de la tumeur, deux incisions curvilignes se regardant par leurs concavités, de manière à circonscrire un lambeau elliptique comprenant la cicatrice, qui sera enlevée.

On ouvre ensuite le sac ; il contient plus d'un mètre d'intestin grêle et une portion notable du gros intestin, le cœcum avec son appendice et une bonne partie du colon ascendant. De plus, on trouve un paquet épiploïque adhérent à la partie inférieure du sac.

On libère cette adhérence après ligature et on résèque la partie herniée de l'épiploon, qui atteint le volume d'un poing.

L'intestin grêle est libre et on parvient assez facilement à le réduire par l'anneau crural très élargi. Celui-ci admet aisément trois ou quatre doigts. A sa partie externe, on voit nettement les vaisseaux fémoraux, occupant une portion très superficielle, presque sous-cutanée.

Le gros intestin, au contraire, a glissé dans le sac avec ses attaches et présente une **adhérence charnue naturelle,** selon l'expression de Scarpa, dans toute sa hauteur.

Pour obtenir sa réduction, ou plutôt son refoulement complet, le chirurgien est obligé d'agrandir et de prolonger vers le haut et du côté de l'épine iliaque son incision cutanée ; puis, de débrider et même **d'ouvrir largement l'anneau crural, jusqu'à sectionner l'arcade de Fallope et la paroi abdominale** au-dessus de celle-ci dans l'étendue de quatre travers de doigt.

Il pratique ainsi une véritable **hernio-laparotomie.** C'est

Cliché dû à l'obligeance du Dr Besson

alors seulement qu'on peut achever de réduire l'intestin grêle et faire rentrer dans le ventre tout le gros intestin.

Le sac herniaire est ensuite séparé des parties voisines, disséqué et réséqué au voisinage de l'anneau crural.

Il faut alors procéder **à la réfection de la paroi abdominale et de l'arcade crurale incisée.**

Dans ce but, après avoir répéré les deux lèvres du péritoine au-dessus et au niveau de l'arcade de Fallope avec des pinces à forci-pressure, on le ferme par une suture continue au catgut jusqu'au-dessous de l'arcade.

De la même manière, on recoud les feuillets aponévrotiques de la paroi et l'arcade elle-même, très solidement

Restent alors, l'anneau crural et le collet du sac formant une sorte de gouttière ; celle-ci est soigneusement fermée par trois ligatures au catgut passées autour du collet avec une aiguille courbe.

Puis, on consolide toutes les sutures continues au catgut, de la paroi, de l'arcade et de l'anneau, **à l'aide de six sutures à la soie** passées à travers les parties déjà réunies en se servant de la même aiguille. Ces sutures sont séparées.

Pour assurer la fermeture de l'anneau crural déjà très rétréci, on suture au catgut, puis à la soie, le ligament de Gimbernat, à l'aponévrose du pectiné ; de même en dedans, autant que possible, en cotoyant les vaisseaux fémoraux, mais en évitant de les blesser ; on abaisse l'arcade de Fallope et on la suture à l'aponévrose d'enveloppe et aux parties molles de la cuisse.

Puis, tout le tissu cellulo-adipeux du triangle de Scarpa, formant une gouttière profonde, est réuni par une suture continue au catgut, de façon à fermer la gouttière et à la réduire à un étroit canal, susceptible seulement de contenir un drain, qui vient se terminer dans la partie déclive de la face interne de la cuisse.

Suture de la peau avec trois ou quatre anses de crin de Florence et des séries d'agrafes.

Suites opératoires excellentes. Le 2 novembre, on enlève les fils et les agrafes.

Le10 novembre, plaie complètement cicatrisée. Guérison.

Le malade sort le 20 novembre.

OBSERVATION XXXV

H. Duret.— *Hernie crurale volumineuse chez une femme de 58 ans. Hernio-laparotomie. Guerison* (1)

Mme Lengr..., Julia, 58 ans, ménagère, entre le 25 février 1907, salle Saint-Jean, n° 6, pour être opérée d'une volumineuse hernie crurale.

Aucun antécédent pathologique.

Elle a eu trois enfants ; le dernier, mort de fièvre cérébrale, aurait actuellement 35 ans ; les deux autres sont bien portants. Les accouchements ont toujours été faciles.

La tumeur qu'elle porte remonte à vingt ans environ. Elle se serait développée à la suite d'un effort pour soulever un panier rempli de briques. Elle a porté un bandage, mais il était mal appliqué et se dérangeait constamment.

La hernie a grossi de plus en plus. Il y a dix ans qu'elle a atteint le volume qu'elle présente à l'heure actuelle. Pas de troubles digestifs ; pas de douleur locale ; rien que de la gêne.

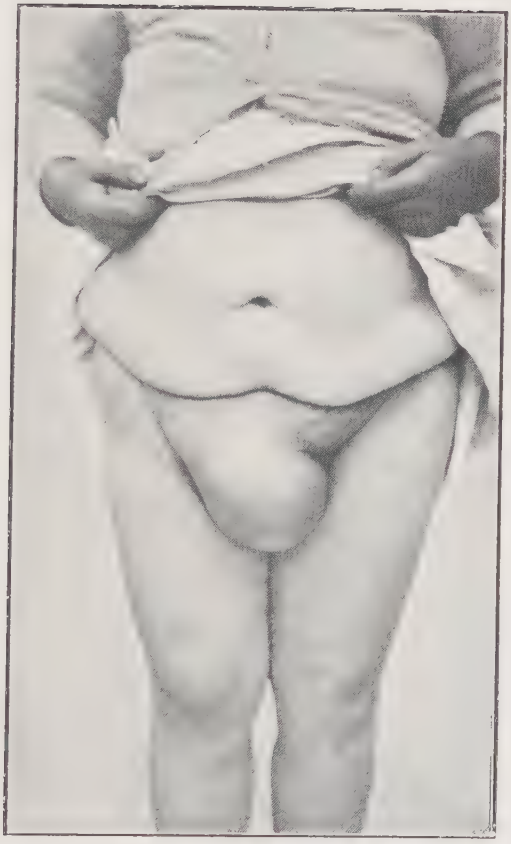
Examen. — On observe dans la région inguino-crurale droite une tumeur du volume de deux poings, qui recouvre la face interne de la cuisse, masque la vulve, remonte jusqu'au-dessus du pubis et atteint le voisinage de l'épine iliaque, au-dessus de l'arcade de Fallope. Sa forme est sphérique et la largeur de son pédicule dépasse quatre doigts réunis ; la forme générale est sphérique.

Le diamètre vertical de la tumeur est de vingt-huit centimètres et le diamètre transversal de vingt-trois centimètres.

La consistance est molle et on trouve de la sonorité à la percussion. Par le taxis, on obtient une réduction des trois quarts assez aisément. On arrive même avec un peu de patience à une réduction complète.

Mais, il est impossible de contenir cette énorme hernie, car l'anneau est très large et dépasse deux doigts ; son pourtour est tranchant, surtout au côté du pubis (ligament de Gimbernat).

(1) *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1908, n°6.



Cliché Besson

Cure radicale le 1er mars par M. le professeur Duret. — Longue incision verticale, un peu oblique, selon l'axe de la tumeur. Ouverture du sac. L'intestin apparaît rouge, vascularisé, sans doute à cause des manœuvres des jours précédents. Le taxis est tenté, mais il reste infructueux en raison du volume de la hernie, dont les anses ressortent et semblent avoir perdu droit de domicile.

Sans insister davantage, le chirugien, étendant son incision vers l'épine iliaque, ouvre l'anneau en dehors et sectionne en haut l'arcade de Fallope, pratiquant une sorte **de hernio-laparotomie.**

Dès lors, la réduction est facile. On oblitère momentanément l'orifice abdominal avec une compresse en tampon, puis on procède à l'ablation totale du vaste sac.

Ligature de son collet par trois ligatures au catgut, séparées, entrelacées ; par dessus celles-ci, une forte ligature totale est appliquée.

On procède d'abord à **la réfection de l'arcade de Fallope et au rétrécissement du large anneau** par des sutures séparées au catgut ; puis, on suture également par des points séparés au catgut l'arcade de Fallope à l'aponévrose pectinéale et aux tissus fibreux jusqu'au contact de la veine fémorale.

Quand l'orifice crural nous paraît obtrué autant que possible par ce **bâtis au catgut,** on **le consolide par trois ou quatre fils de soie** assez forts, qui vont de la même arcade fibreuse à l'aponévrose et au muscle pectiné.

Par dessus ce plan de résistance, M. Duret ramasse, à l'aide d'une suture continue au catgut, tout le tissu cellulo-adipeux de la région voisine du triangle de Scarpa, en évitant de léser la veine.

La peau est refermée par quelques sutures au crin de Florence et une large ligne d'agrafes. Deux drains sont posés, l'un à la cuisse, à la partie moyenne de la plaie opératoire ; l'autre, à la partie inférieure de la grande lèvre, car l'incision opératoire a dû être descendue jusqu'à celle-ci.

Le pansement est refait ; plaie très belle.

Pas d'élévation de température, pouls bon, état général satisfaisant.

Les agrafes sont enlevées le septième jour ; la réunion par première intention est parfaite.

La malade sort complètement guérie le 27 mars.

CHAPITRE IV

Contre-indications de la cure radicale des hernies inguinales et crurales volumineuses.

Les contre-indications de la cure radicale des hernies inguinales et crurales volumineuses sont peu nombreuses, si, avant l'intervention, on soumet le malade aux soins préliminaires que nous avons énumérés précédemment. Nous nous contenterons de signaler comme contre-indications :

1° **L'âge.** — On tend à admettre avec Poncet qu'un malade, dès qu'il a atteint l'âge de 50 ans, ne doit plus être opéré. Si nous consultons les observations que nous avons rapportées, nous voyons que cette règle n'est pas absolue ; les malades de Reverdin, Cernê, Juilliard, Jaboulay, Lucas Championnière, Duret, Franchomme et Delassus avaient respectivement 72, 60, 57, 53, 64, 53, 57, 58, 60, 54 et 60 ans, et tous, sauf un, ont complètement guéri.

2° **Les maladies générales.** — Les maladies de l'appa-

reil respiratoire, les maladies du cœur, le mauvais état des reins, les états cachectiques sont des contre-indications absolues. (Diabète, albuminurie.)

3° **Obésité.** — Pour Pauchet, d'Amiens, « tout obèse est un malade **inconscient** ; les sujets au ventre bedonnant et au teint coloré, les bons vivants qui font ou ont fait honneur à la bonne table, seraient, sans doute, étonnés de savoir qu'ils sont des êtres sans résistance et de mauvais terrains chirurgicaux. Après les interventions, la base du poumon se congestionne facilement, le myocarde cède sans surmenage, la moindre faute septique amène la suppuration ; d'ailleurs, la glycosmie de l'eczéma, apanages fréquents des êtres adipeux favorisent souvent l'infection.

L'obèse est un **ralenti,** un intoxiqué. Son foie et ses reins sont surmenés et ne supportent pas aisément le surcroît de travail antitoxique ou d'épuration amené par l'anesthésie et l'acte opératoire. Parmi les obèses susceptibles de subir une intervention, il en est chez qui cet état constitue, sinon une contre-indication, du moins une cause indiscutable d'insuccès : ce sont les hernieux ». Aussi, Pauchet conseille-t-il le jeûne à tout hernieux qui vient se faire opérer et le met-il au régime dont nous avons parlé, quand nous avons énoncé les soins préliminaires à la cure radicale des hernies volumineuses.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Si nous nous en rapportons à notre statistique, nous voyons que sur trente-cinq malades opérés de hernies inguinales et crurales volumineuses, 33 ont guéri **opératoirement.** Une malade de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a succombé à la splénisation des poumons et à des ulcérations intestinales ; un malade de M. le professeur DURET, n'ayant pas voulu s'astreindre a un régime contre l'obésité et au repos, est mort par insuffisance du cœur et des reins.

Les résultats éloignés sont aussi satisfaisants. Un malade de LUCAS CHAMPIONNIÈRE voit sa hernie récidivée parce qu'il enlève son bandage ; un autre malade, du même chirurgien, a une récidive à la partie supérieure de la cicatrice, mais cette récidive est bien soutenue par un bandage.

Nous ne nous dissimulons pas que le pronostic de pareilles interventions ne doit pas être, en réalité, aussi satisfaisant que l'indique notre statistique. Nous savons, en effet, que si un opérateur éprouve quelque fierté à communiquer le résultat positif de son intervention, la

plupart laissent dans l'ombre les résultats fâcheux ; dès lors, malgré nous, nous sommes amenés à considérer comme bénigne une intervention qui, sans mettre en danger la vie des malades, ne doit être tentée que par un chirurgien expérimenté et consciencieux.

CONCLUSIONS

De cette étude, nous concluons :

I. — Les hernies inguinales et crurales volumineuses sont irréductibles ou incoercibles ; elle sont rebelles aux tentatives de réduction d'une manière **permanente et définitive.**

II. — Ces hernies ne sont pas fréquentes, puisque BERGER en réunit 122 cas sur 10.000 hernieux qu'il a examinés.

III. — La littérature médicale française ne possède que 35 observations de hernies inguinales et crurales volumineuses opérées, dont cinq nous sont personnelles.

IV. — Ces hernies ne donnent généralement pas lieu, malgré leur volume extraordinaire, à des troubles fonctionnels extrêmement graves ; mais leurs complications peuvent mettre le malade en danger de mort.

V. — Ces hernies peuvent être opérées comme toutes les hernies.

VI. — Cependant, avant de faire la cure radicale, il faut habituer pendant quelque temps l'intestin à ren-

trer dans le ventre pour dilater peu à peu la cavité abdominale et soumettre le malade au repos, à la diète, aux purgatifs.

VII. — Pour faire la cure radicale, il faut faire une hernio-laparotomie et avoir soin de refaire une paroi solide. (Technique du Pr Duret.)

VIII. — Les résections intestinales ne seront qu'un procédé d'exception. La castration doit être prohibée.

IX. — Après l'opération, le malade devra porter un bandage à large pelote pour soutenir sa cicatrice.

X. — Les contre-indications à l'opération sont rares, si l'on soumet les malades à des soins préliminaires spéciaux.

XI. — Le pronostic immédiat et éloigné de la cure radicale des hernies inguinales et crurales volumineuses est bon.

BON A IMPRIMER :
Le Président de la Thèse,
Dr P. SEGOND.

VU :
Le Doyen de la Faculté,
Dr LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Alexandre. — *Bulletin de la Soc. anat. de Paris,* 1886, t. LXI, pp. 593-596.

— Also., *Progrès médical de Paris*, 1887, 2 s., v. 13.

Albertini. — *Atti d. ass. med. Lombo*, Milano, 1893 (13-17).

Anthoinoz. — La cure radicale de la Hernie inguinale, procédé Lucas Championnière : Ses résultats éloignés. — Thèse, Lyon, 1903.

Amand (Georges). — *Traité des Hernies*, t. II, page 132.

Autefage. — Thèse, Paris, 1905.

Baumgartner. — Thèse, Paris, 1905.

Berger. — Art. : *Hernie in Traité de chirurgie*, Duplayet.

Rèclus. — Résultats de l'examen de 10.000 observations de Hernie. (*Congrès français de chirurgie*, 23 oct. 1905).

— *Revue de l'Internat de médecine et de chirurgie*, Paris, 1905, t. XVI, page 37.

— Cure radicale des Hernies. (*Revue des Sciences médicales*, 1888, t. XXXII, page 670).

— *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie*, 1887, t. XIII, page 641.

Blaise. — Thèse, Paris, 1894.

Bousquet. — Cure radicale de la Hernie inguinale. (*Journal des praticiens*, 1895, p. 162).

— *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie.* (Dis-

cussion sur la cure radicale des Hernies, 1887, t. XIII, page 641).

Bouveret. — Ouvrage très complet sur le traitement des Hernies inguinales. — Thèse de Montpellier, 1905-06.

Cerné. — *Normandie méd.*, Rouen, 1889, t. IV, pp. 189-193.

Chaput. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1888, p. 121.

Cooper (Astley). — *Anatomie et traitement chirurgical des Hernies*, traduit par Richelor, 1841.

— *Œuvres chirurgicales*, 1823.

Desguin (L.) — *Ann. Société médicale d'Anvers*, nov. 1891.

Delore. — Note sur deux énormes Hernies crurales. (*Gazette hebdomadaire*, Paris, 24 juillet 1898.)

Dupin (F.-P.) — Hernies irréductibles simples. — Thèse de Paris, 1879.

Duplay. — Cure radicale de la Hernie inguinale. (*Bulletin médical*, 4 janvier 1891).

Duret (H.) — Des variétés rares des Hernies inguinales. — Thèse d'agrégation, Paris, 1883.

— Cure radicale de deux hernies crurales volumineuses. (*Journal des Sciences médicales de Lille*. 1908, n° du 8 février).

Duret (E.) — Variété anatomique et cure radicale de la Hernie chez l'homme. — Thèse de Paris, 1891.

Fagot. — Cure radicale des Hernies. — Thèse de Paris, 1881.

Gaye. — Thèse de Paris, 1893.

Gilis. — Cure radicale d'une grosse Hernie inguinale. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. XXIII, page 782.)

Gosselin. — Leçons sur les Hernies abdominales.

Gross. — Des Hernies du gros intestin par glissement et de leur traitement. (*Archiv. prov. de chir.*, Paris, 1903, t. XII, pp. 265-341).

Hartmann (H.) — Quelques cas rares d'irréductibilité des Hernies. (*France médicale*, 1er mars, 1887, nos 305 et 317).

Holthouse. — Hernie irréductible : opération, guérison radicale. — Westminster hospital. (*The Lancet*, 13 décembre, 1873, t. II, page 841).

JABOULAY. — Art. : *Hernie in Traité de chirurgie*, LE DENTU et DELBET.

— . Volumineuse Hernie du cœcum datant de 16 ans; cure radicale. (*Lyon médical*, 1903, chap. I, pp. 302-304).

JAYLE. — *Bull. Société anatomique de Paris*, 1893, t. LXVIII, pp. 42-44.

JULLIARD. — *Revue méd. de la Suisse-Rom.*, Genève, 1895, t. XV, p. 546.

LEBERT. — *Journal des comm. méd. chir.*, 1838.

LE DENTU. — Cure radicale de la Hernie inguinale. (*Journal des praticiens*, 1893, n° 45, page 705).

LEGRAND. — Thèse de Lille, 1906.

LIEBER.— *Litterarische annal der gesaumatein Heilhunde*, 1827.

LEGUEU. — *Leçons clin. chir.*, Paris, in-8°, Alcom., 1902, pp. 169-185.

LEROY. — Thèse. Lille, 1905.

LERVIN. — *Ann. Soc. belge de chirurgie*. Bruxelles, 1893-94. pp. 126-128.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — *Traité de la cure radicale des Hernies*, 1892.

— *Congrès français de chirurgie*, 1905.

MALGAIGNE. — *Leçons cliniques sur les Hernies*, 1841.

— *Revue méd. chir.*, Paris, 1851, t. X, pp. 179-181.

— Deuxième mémoire sur les étranglements herniaires. (*Archiv. générales de médecine*, décembre 1841).

MICHEL. — *Revue méd. de l'Est*. Nancy, 1901, t. XXXIII, pp. 328, 374, 392.

MONPROFIT. — *Assoc. franç. de chir.*, Proc.-verb., Paris, 1899, t. XIII, page 427.

MOUTON. — Thèse, Lille, 1899.

PAUCHET. — *Gaz. des hôp.*, Paris, 1903, t. LXXVI, p. 533.

PAYOT (M.) — Cure radicale des Hernies. — Thèse de Paris, 1897.

PETIT (J.-L.) — *Mémoire à l'Académie de chirurgie*, t. IV, p. 316.

PEYROT. — *Manuel de pathologie externe*, t. III.

POEY NOGUEZ. — Thèse, Bordeaux, 1886.

POLAILLON. — *Bull. et mémoire Soc. chir.*, Paris, 1885, nº 8 t. XI, pp. 281-284.

PUJOL. — *Presse médicale*. Paris, 1896, t. IV, page 251.

REVERDIN. — *Revue med. Suisse-Rom.*, Genève, 1885, t. V, pp. 237-240.

RICHTER. — *Traité des Hernies*, 1888.

ROBSON. — *Pratitioner*, juin 1893 : Laparotomie pour Hernie.

ROCHART. — *Les Hernies*, 1904.

ROSE. — *King's coll. Hosp. Rep.*, 1895-96. — London, 1897, t. III, p. 127.

SCARPA (A). — *Traité pratique des Hernies* (planches), 1825.

SCHWARTZ. — *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1888, t. III, pp. 186-189.

— *Bull. et mém. Soc. de chirurgie de Paris*, 1901, n. s., t. XXVII, pp. 192-194.

SEGOND. — Cure radicale des Hernies, 1883.

SERVIN. — Hernie scrotale contenant presque tout le tube digestif, y compris l'estomac. (*Annales de la Société de chirurgie belge*, 15 juillet 1894.)

THIRY. — *Bull. acad. méd. de Belgique*, t. XV, nº 6, 1881.

TILLAUX. — *Revue de Thérapeutique méd. chir.*, Paris, 1895, t. LXII. pp. 715-717.

TRENDELENBURG. — Guérison d'une Hernie crurale colossale. (*Deutsche med.*, Woch. 46, page 1046.)

TUFFIER. — *Bulletin de la Société anatomique*, 5 novemb. 1886.

UNGAUER. — *Bulletin Soc. anat.*, Paris, 1896, t. LXXI, pp. 352-356.

VANVERTS. — Cure radicale des Hernies. Thèse de Paris, 1856.

VIDAL DE CASSIS. — *Traité de pathologie externe et de chirurgie*, 5e édition, Paris, 1860, t. IV, p. 230.

VULLIET. — *Revue méd. Suisse-Rom.*, Genève, 1901, t. XXI, pp. 30-50.

WEYVILLE (J.) — Traitement de certaines Hernies dites irréductibles. — Thèse de Paris, 1888.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE Ier. — A. Définitions	13
B. Fréquence étiologique	14
C. Anatomie pathologique	16
CHAPITRE II. — Indications de la cure radicale des hernies inguinales et crurales volumineuses	19
CHAPITRE III. — Traitement technique opératoire de la cure radicale	25
OBSERVATIONS	47
CHAPITRE IV. — Contre-indications de la cure radicale des hernies inguinales et crurales volumineusss	107
CHAPITRE V. — Pronostic	109
CONCLUSIONS	111
BIBLIOGRAPHIE	113

Lille, E. DUFRÉNOY, éditeur, 8, rue Jean-Bart.